TOME LXVI MONTRÉAL, AVRIL 1937 No 4

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872

MÉMOIRE

Des divers traitements qu'il convient d'appliquer aux différentes formes d'ostéomyélite aiguë . . . . . E. SORREL 371

Les sangs incompatibles comme thérapeutique de shock dans les infections graves . . . . . Paul-A. POLIQUIN . . 381

RECUEIL DE FAITS

Dolicho-sigmoïde et dolicho-transverse associés . . . . . Pierre SMITH 392

Corps étranger du duodénum . . . . Eugène DUFRESNE . . 400

PETITE CLINIQUE

Neurinome de la queue de cheval. Syndrome de sciatique sévère et tenace. Forme fruste de la maladie de Recklinghausen . . . . . Roma AMYOT 403

MOUVEMENT MÉDICAL

Le complexe d'infériorité et l'art dentaire . . . . . Ernest CHARRON . . . 414

Hyperthyroïdie avec accidents cardiaques . . . . . C. LIAN, J. FACQUET . 420

REVUE GÉNÉRALE

Quelques considérations sur les pleurésies sèches et séro-fibrineuses . . Jean-Philippe PAQUETTE 423

ACTUALITÉS

Le Professeur Etienne Sorrel . . . J.-U. GARIEPY 428

Madame Sorrel, née Déjerine-Klumpke J. SAUCIER et AMYOT . 430

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des syndromes dysentériques du nourrisson . . . . . Paul LETONDAL . . . 437

La colibacillurie et la sérothérapie . LeSAGE 440

FORMULAIRE

Traitement de la gale . . . . . Paul POIRIER 442

ANALYSES

Voir détails page X

(Suite du sommaire à la page X)

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GÉRIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier
J.-A. VIDAL

Membres:
Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

Administrateur: T. VALIQUETTE,
Bureau: 418 est, rue Sherbrooke. Téléphone: MArquette 7334.

"Frosst"

KONDREMUL

L'émulsion d'huile minérale et de Mousse d'Irlande

Voici quelques-unes des raisons pour lesquelles vous pouvez recommander cette préparation en toute confiance:

1° L'équilibre scientifique de l'huile — 55% d'huile minérale de la plus haute qualité — favorise l'émulsion avec les fèces.

2° L'huile est en suspension sous forme de gouttelettes — les globules sont maintenus fermement dans une enveloppe émulsive.

3° Pas de fuite — ne trouble ni l'assimilation ni la digestion.

4° Donne des selles abondantes, molles, de consistance mastic.

5° Ne contient pas d'alcool.

6° Ne contient pas d'alcali.

7° Ne contient pas de sucre. Peut être prise par les personnes soumises à un régime sans sucre.

8° Ne contient pas d'hydrates de carbone digestibles.

9° Un simple régulateur — ne cause pas d'accoutumance.

10° Crémeuse et agréable à prendre — aucun goût huileux.

11° Les grandes variations dans la température n'ont aucun effet sur cette émulsion.

12° Elle se verse facilement.

13° Elle se mélange rapidement à l'eau chaude ou froide, à du lait ou du cacao.

14° Le contrôle de laboratoire assure l'uniformité du produit.

15° Simple ou avec de la Phénolphtaléine (2.2 grains par cuillerée à bouche).

Bouteilles de 16 onces

Charles E. Frosst & Co.

PHARMACIENS-FABRICANTS DEPUIS 1899

MONTRÉAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

ELECTRARGOL

Argent colloïdal électrique à petits grains, stérile et stable

Constitue la base de la

MÉDICATION ANTI-INFECTIEUSE GÉNÉRALE ET LOCALE

Médecine: Pleurésies, Méningites, Phlébites.

Gynécologie: Métrites, Vaginites.

Chirurgie: Plaies, Suppurations, Fractures Ouvertes, Abcès Superficiels, Phlegmons, Panaris, Abcès du sein, Anthrax.

Ampoules de 5 et 10 c.c.

Collyre Electrargol en ampoules compte-gouttes stérilisées de 25 c.c., permettant l'instillation nasale ou oculaire dans les meilleures conditions d'asepsie.

SOLUTION de Salicylate de Soude du Docteur CLIN

Sel cristallisé blanc, d'une pureté chimique absolue, assure l'efficacité du traitement salicylé, par voie buccale ou par voie veineuse, sans jamais produire "DE PHÉNOMÈNES D'INTOLÉRANCE".

Dosage rigoureux (2 gr. par cuillerée à soupe).

RHUMATISME
ARTHRITISME
SCIATIQUE

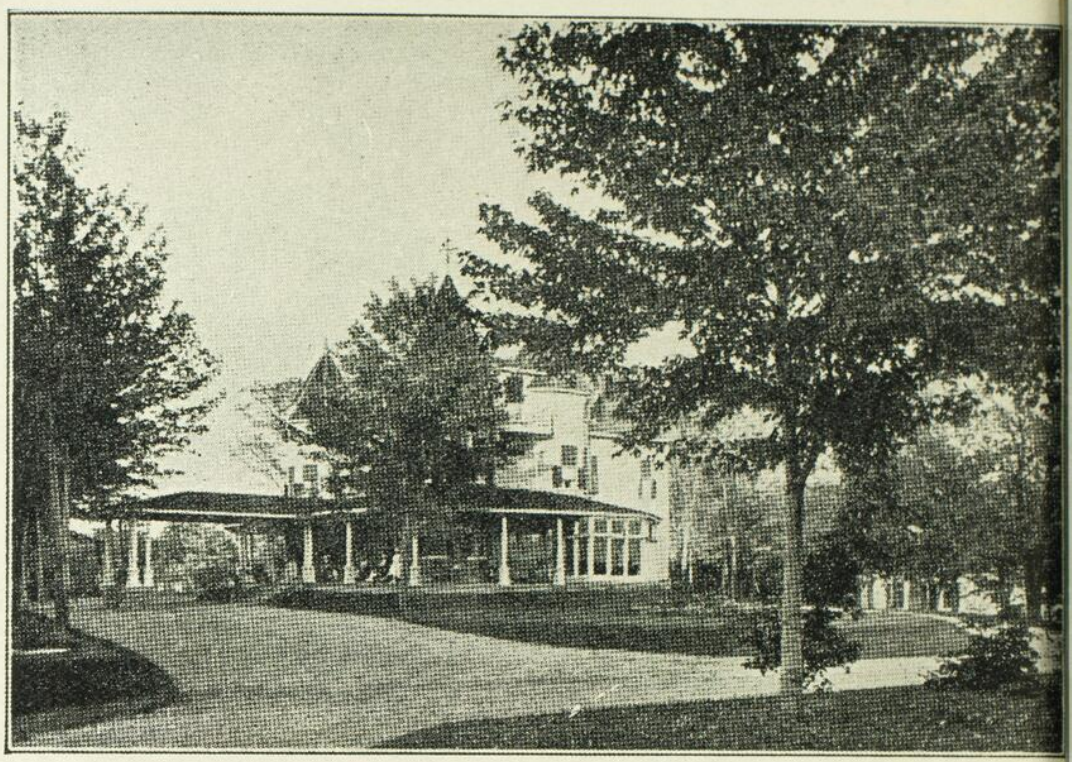
LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

"UNION MÉDICALE DU CANADA" est éditée par l'Union Médicale du Canada (Incorpée), et imprimée par Librairie Beauchemin Limitée, 430, rue Saint-Gabriel, Montréal.

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORE



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Electrothérapie. Rayons U. V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyrétothérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Edgar Langlois, médecin-directeur; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot; Dr Charles A. Langlois (électro-radiologie).

4455 Boulevard Gouin ouest, **Téléphone, BYwater 1240**

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

Le RESYL

Asséchant bronchique, désinfectant de la muqueuse, agit directement sur la lésion et en modifie l'évolution.

Diminue la toux,
réduit l'expectoration,
relève l'état général.

Ampoules - Comprimés

La CORAMINE

tonicardiaque et eupnéique, relève la pression sanguine, raffermit le pouls, rend la respiration plus aisée et plus profonde.

Diminue la dyspnée,
tonifie le coeur,
maintient le potentiel nerveux.

Ampoules - Gouttes

●

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE - MONTRÉAL

LE MAPHARSEN

"LE RAFFINEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE ARSENICALE."

●

La Compagnie Parke, Davis présente à la profession médicale une nouvelle préparation arsenicale anti-syphilitique: le Mapharsen. C'est le résultat d'actives recherches menées en collaboration dans les laboratoires de deux grandes Universités et le département des recherches de Parke, Davis et Cie.

Différentes épreuves de laboratoire ainsi que de multiples observations cliniques ont prouvé que le Mapharsen, (oxyde de méta, amino, para, hydroxy, phénylarsine), est un spirochéticide de première valeur. Il n'a jamais provoqué de ces réactions graves observées à la suite d'injections des autres arsenicaux employés actuellement.

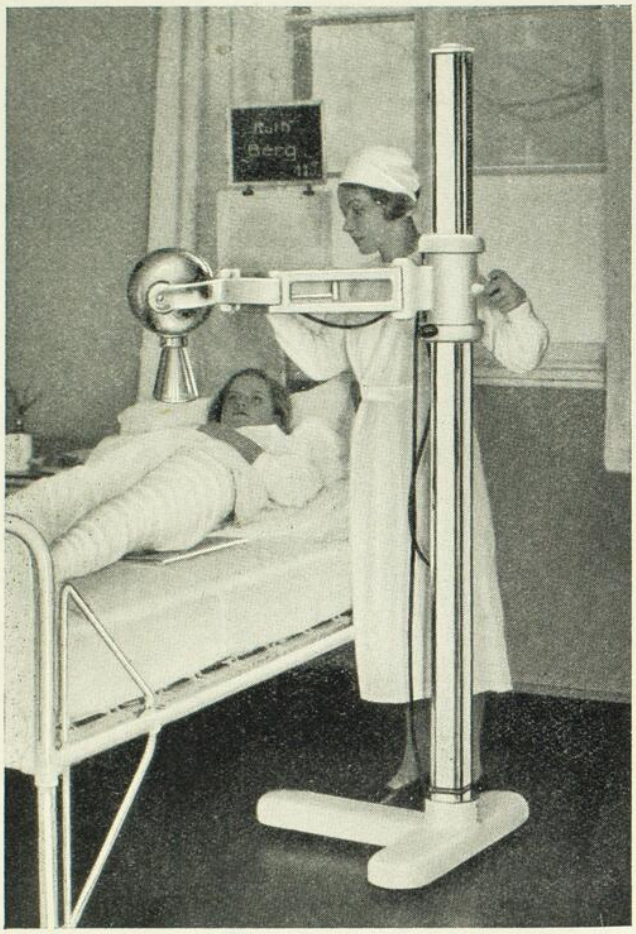
Les laboratoires de recherches de Parke, Davis et Cie ont soumis le Mapharsen à des épreuves sévères tant au point de vue chimique, pharmacologique que biologique. Le Mapharsen constitue un agent thérapeutique de tout premier ordre comparativement à d'autres produits du même genre dans le traitement de la tryponimiase et de la syphilis.

Le Mapharsen est approuvé par le Comité de Pharmacie et de Chimie de l'American Medical Association.

●

PARKE, DAVIS & COMPANY - MONTREAL

Le Spherix "SIEMENS"



Appareil pour Rayons X entièrement nouveau.
Complètement à l'abri de la haute tension et des rayonnements.
Livrable en trois modèles:
1. Transportable.
2. Sur colonne mobile.
3. Sur colonne mobile simplifiée et démontable.

Pour graphies et scopies.
L'idéal pour le cabinet du médecin, les radiographies au domicile du patient et le redressement des fractures.

•

SIEMENS-REINIGER (Canada) LIMITED
Dominion Square Building
MONTREAL

TAXOL

LE
RÉÉDUCATEUR
TYPE
DE L'INTESTIN
SANS
ACCOUTUMANCE

Laboratoires **LOBICA**
PARIS
J. EDDÉ, Ltée, Agents

Elixir complexe de Pancrinol

Tonique neuro-organique
associant l'opothérapie et la chimiothérapie

ASTHÉNIES
ANOREXIE
DEFICIENCES
ORGANIQUES

Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTRÉAL

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

◆

Prix de l'abonnement pour 1937

Canada et Etats-Unis	$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.50

Autorisé par le Ministère des Postes, Ottawa, comme matière de seconde classe.

Conditions de Publication

L'Union Médicale du Canada paraît tous les mois par fascicules de 164 pages. Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, une revue générale, un mouvement médical, des notes de pharmacologie, des analyses et des nouvelles médicales.

Le Comité de Rédaction accepte les travaux de tout médecin, à condition qu'ils n'aient pas déjà paru dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne doivent pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues Générales comprendront au plus 10 pages.

Tout ce qui concerne la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de l'Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke. Téléphone: MArquette 7334.

BUREAUX À LOUER POUR MÉDECINS

Salles d'attente, service de téléphone et gardes-malades. S'adresser à: Papineau-Couture, Notaire, 418 est, rue Sherbrooke, MArquette 7334.

GARDES-MALADES — STENO BILINGUE

GARDE-MALADE DIPLOMEE

Garde-malade diplômée; 2 ans d'expérience chez médecin pratiquant; compétente pour travail de bureau, de laboratoire; anglais, français; peut remplir ordonnances médicales. Références: Mlle Jeanne Mercier, 3704, rue Saint-Denis, LAncaster 2966.

HOPITAL PRIVE SAINTE-AGATHE-DES-MONTS

L'Hôpital du Christ-Roi reçoit des convalescents et des tuberculeux au premier degré. — Conditions faciles.

HOSPITALISATION

Médecin au choix du patient et à ses frais, ainsi que les médicaments.

CONDITIONS D'ADMISSION

Salles: $1.50 par jour. — Chambres privées: $2.00 et plus par jour. Pension payable une semaine à l'avance.

Heures de visite:
Tous les jours de 2 à 4 h. et tous les soirs de 7 h. 30 à 8 h. 30.

REGISTRE VILLE-MARIE DE L'A. C. I. C.

Les infirmières diplômées des hôpitaux de langue française faisant partie du Registre Ville-Marie de l'A. C. I. C. offrent leurs services professionnels. Pour tarif et renseignements, appeler ATlantic 2862; 59 chemin Bellingham, Montréal, P. Q.

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

d'acide nucléinique, d'hormones orchitiques et de glycéro-phospharsinate disodique

SURMENAGE — EPUISEMENT — NEURASTHENIE

Le NEUROTROPHOL se révèle un merveilleux agent d'équilibration du système génital **Neuro-Endocrinien.**

SPLENARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

d'hormones hépatique et splénique, d'extrait de muqueuse gastrique et d'extrait surrénal.

ANEMIES — CONVALESCENCE

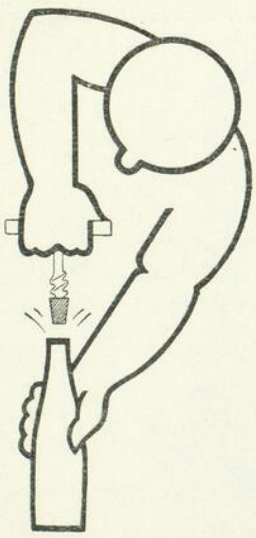
(**AMPOULES** et **SIROP**)

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - PARIS

Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

STOVÉDRINE

POMMADE NASALE
SOLUTION POUR PULVÉRISATIONS



CORYZA, ASTHME, RHUME DES FOINS

SÉDATION IMMÉDIATE

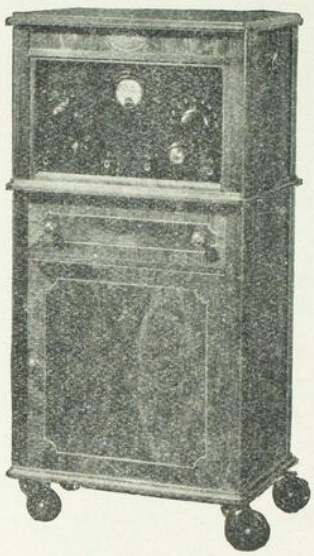
STOVOCAÏNE
ÉPHÉDRINE
NATURELLE

DÉBOUCHE LE NEZ

LABORATOIRES LICARDY. 38, Boulevard Bourdon Neuilly s/Seine

Agents pour le Canada : VINANT Limitée, 533, Rue Bonsecours, MONTRÉAL

Pourrez-vous avoir recours à un service ou resterez-vous avec une "béquille"



HOGAN BREVATHERM
Modèle « Standard »

En achetant votre appareil à ondes courtes, rappelez-vous qu'à un moment donné certaines réparations et peut-être même certaines pièces de rechange, pourront devenir nécessaires à son bon fonctionnement. Vous sera-t-il possible d'obtenir du service ou devrez-vous rester avec une " béquille " ?

Depuis 57 ans, McINTOSH a été un des principaux fabricants d'appareils à physiothérapie. De plus, il peut aussi réparer les machines qu'il a construites et remplacer les pièces qu'un long usage peut avoir rendues défectueuses. Plusieurs médecins sont ses clients depuis 30 et même 40 ans.

Actuellement, la demande pour appareils à ondes courtes dépasse toute prévision. Mais il y a lieu de penser que dans un avenir prochain il n'y aura plus de place que pour le fabricant d'outillage complet de physiothérapie, tant pour la distribution que pour l'entretien de ces appareils. Si vous achetez donc un appareil à ondes courtes McINTOSH, vous êtes assurés d'un service permanent.

La Maison Cloutier & Cloutier Cie, Ltée, se fera un plaisir de vous faire une démonstration, à demande, sur un de ses différents modèles à ondes courtes.

Cloutier & Cloutier Cie, Ltée

PHYSIOTHÉRAPIE ET RAYONS X — INSTRUMENTS DE CHIRURGIE
MOBILIER D'HÔPITAL — STÉRILISATEURS

BElair 1616 MONTRÉAL, Can. 4338, rue St-Denis

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Bureau de Direction

MM. Benoit, Boucher, Bourgeois, Bousquet, Bruneau, Comtois, De Cotret, Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie, Leduc, LeSage, Marin, Marion, Masson, Mercier, Mousseau, Parizeau, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: E. St-Jacques; Vice-Président: J.-A. Mousseau; Secrétaire-Trésorier: J.-A. Vidal. Membre d'honneur: Prof. Pierre Masson.

Bureau de Collaboration

MM. Amyot, R.; Archambault, P.-R.; Baril, H.; Barry, G.; Bellerose, A.; Bertrand, A.; Bertrand, A.; Bourgeois, P.; Brault, J.; Desforges, A.; Desjardins, Ed.; Doré, R.; Dubé, Ed.; Fauteux, M.; Favreau, C.; Fontaine, R.; Fortier, L.; Gagnier, L.-A.; Gariépy, L.-H.; Gatien, R.; Gélinas, H.; Jutras, A.; Lafresnière, G.; Lapierre, G.; Lefebvre, R.; Legrand, E.; LeSage, J.; Letondal, P.; Magnan, A.; Manseau, A.; Mathieu, E.; Morin, P.; Paquette, J.-P.; Poirier, P.; Riopel, J.-L.; Saucier, J.; Simard, L.-C.; Smith, Pierre.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction

Léon GÉRIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier

J.-A. VIDAL

Membres:

Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1936:

Agricola, Dr., Amyot (R.), Archambault (P.-R.), Autotte (E.), Barbeau (A.), Baril (G.), Baril (H.), Barry (G.), Bellerose (A.), Bergeron (L.), Bernier (A.), Bertrand (A.), Bertrand (Albert), Binet (E.), Blagdon (L.), Bohémier (C.), Boucher (R.), Boulais (F.-L.), Bourgeois (B.-G.), Bourgeois (P.), Brault (J.), Cantero (A.), Cantin (Marie-E.), Comtois (A.), Cone (W.), Coutu (L.), Décarie (R.), DeGuise (A.), Delorme (L.-N.), DeMontigny (G.), Deshaies (G.), Desjardins (Ed.), Desloges (A.), Desrosiers (Saint-Jean), Dionne (L.-R.), Doré (R.), Dubé (J.-E.), Dufresne (O.), Duhamel (G.-H.), Dussault (G.), Ethier (A.), Fauteux (M.), Favreau (J.-C.), Ferron (M.), Fortier (J.), Fortier (L.), Fortier (L.-E.), Fournier (N.), Frappier (A.), Gagnier (L.), Gariépy (L.-H.), Gariépy (U.), Gélinas (H.), Gélinas (L.), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (L.), Gratton (A.), Grignon C.-E.), Guilbault (A.), Hébert (G.), Hoen (T.-I.), Jarry (J.-A.), Joannette (A.), Jutras (A.), Laberge (J.-E.), Lafresnière (G.), Lapierre (G.), Laquerrière (A.), Larichelière (R.), Laroche (A.), Lauzer (R.), Lebel (A.-B.), Lefebvre (R.), Lefrançois (C.), Léger (A.), LeSage (A.), LeSage (J.), Letondal (P.) Léveillé (J.-A.), Magnan (A.), Major (W.), Manseau (J.-A.), Manseau (O.), Marin (A.), Marion (D.), Martel (J.-A.), Martin (P.), Mercier (O.), Millet (J.-A.), Morin (P.), Mousseau (J.-A.), Nègre (L.), Panet (E. de B.), Panet-Raymond (J.), Panneton (P.), Paquette (J.-P.), Paré (L.), Patoine (L.), Pilon (A.), Poirier (P.), Pouliot (G.-E.), Prévost (J.), Provencher (G.), Ricard (J.-P.-M.), Riopelle (J.-L.), Robillard (E.), Roch (S.), Rolland (R.), Roux (R.), Roy (G.), Roy (J.-N.), Samson (J.-E.), Saucier (J.), St-Germain (J.-P.), St-Jacques (E.), Simard (L.-C.), Smith (P.), Tessier (L.-J.), Tétreault (H.-I.), Tétreault (Julien), Tremblay (J.), Vidal (J.-A.), Valiquette (Hugo).

SUITE DU SOMMAIRE

REVUE DES LIVRES

Quelques vérités premières, ou soi-disant telles, en pneumologie clinique LeSAGE 443
Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale S. A. P. . . 444

SOCIÉTÉS

Réunion scientifique de l'hôpital Notre-Dame . . . . . Paul BOURGEOIS . . . 464
49e Assemblée scientifique de l'Hôpital Saint-Luc . . . . . Charles LEFRANÇOIS . . 485

NOUVELLES

Bill nº 12 — Loi relative à certaines corporations subventionnées par la Province 447
Distinction honorifique — Professeur Archibald 463
M. Henri Lanctôt — Dr J.-H. Forgues 488
1er Congrès International de l'Union Thérapeutique 488
Congrès des Dentistes de langue française de l'Amérique du Nord . 488

ANALYSES

MÉDECINE

Les oedèmes des hépatiques (p. 448).

CARDIOLOGIE

Endocardite infectieuse aiguë due au bacille pyocyanique (p. 448).

ENDOCRINOLOGIE

Des nécroses hépatiques au cours des thrombopénies essentielles (p. 449). Hormones gastro-intestinales à l'exception de celles qui possèdent une action anti-anémique et circulatoire (p. 449). Principe anti-anémique du foie et de l'estomac (p. 450). Goitre colloïde diffus (p. 452).

PHTISIOLOGIE

Les pleurésies invisibles (p. 453).

HYGIÈNE

Les services sanitaires des compagnies d'assurance-vie et les examens sanitaires périodiques (p. 454). Empoisonnement par le plomb chez les ouvriers cigariers (p. 454).

CHIRURGIE

La valeur de la pancréatectomie partielle dans les états convulsifs associés à l'hypoglycémie (p. 455). La valeur des irradiations dans les tumeurs du testicule (p. 455). A propos du traitement de l'ulcère duodénal à forme hémorragique par la gastro-entéro-anastomose (p. 456). Diagnostic anatomique et clinique de l'ulcère chronique de l'estomac et de certaines formes de cancer gastrique (p. 456). Lever précoce et lever immédiat de nos opérés (p. 456). L'action des irradiations infra-rouges sur les modifications humorales post-opératoires (p. 458). Notions actuelles sur les anesthésies chirurgicales (p. 458). De la persistance des signes d'ulcère duodénal après la suture d'une perforation (p. 459).

CANCÉROLOGIE

Identification des cellules tumorales dans le sédiment des épanchements séreux (p. 460). L'aspect clinique du cancer du larynx (p. 460).

PÉDIATRIE

Erysipèle généralisé du nouveau-né avec gangrène du scrotum, suivi de guérison complète par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine (p. 461). Oto-mastoïdite latente et états de dénutrition aigus chez les nourrissons (p. 462).

PAUL CARDINAUX

Docteur es-Sciences

"PRECISION FRANÇAISE"

428, CHERRIER MONTRÉAL — Catalogues, Devis, Renseignements sur demande. Service d'un Ingénieur électro-radiologiste. — Phone HArbour 2357

EN VUE D'UNE MODIFICATION PROCHAINE DE NOTRE ORGANISATION NOUS OFFRONS À PRIX TRÈS RÉDUITS ET POUR UN TEMPS TRÈS COURT DES APPAREILS ET DES ACCESSOIRES DE:

Compagnie Générale de Radiologie,

PARIS

Protection Anti-X intégrale — **RAYONS X** — Sécurité électrique absolue

DIATHERMIE — ELECTROLOGIE

SOCIÉTÉ GALLOIS & CIE, LYON

LAMPES ASCIATIQUES POUR SALLES D'OPÉRATIONS ET DISPENSAIRES

Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

ELECTROCARDIOGRAPHIE, PRESSION ARTERIELLE

ÉTABLISSEMENTS R. LEQUEUX, PARIS

STÉRILISATION

SIROP D'
AMDELATE
ABBOTT

Offre aux médecins une méthode améliorée et simplifiée pour l'emploi de l'acide mandélique dans le traitement des infections des voies urinaires.

- Cette nouvelle combinaison de mandelate d'ammonium est suffisamment bien aromatisée et déguisée pour permettre une concentration de 185 Grs (12 gms) d'acide mandélique à l'once.
- Le Sirop d'Amdelate n'est ni métabolisé ni modifié en passant à travers le système.
- Il possède un effet bactéricide voisin de celui de l'acide Béta-Oxibutyrique.
- Il est tout particulièrement efficace dans les infections causées par le colibacille, le streptocoque ou le staphylocoque.
- Il ne cause apparemment aucune irritation des reins.
- Il permet d'éviter tous les inconvénients de la diète cétogène.

Le Sirop d'Amdelate Abbott est conditionné en flacons de 4 et 16 oz. avec une quantité suffisante de papier réactif au chlorphénol pour contrôler l'urine du patient durant le cours du traitement. Tous détails supplémentaires seront fournis sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT
LIMITÉE MONTRÉAL

Tome LXVI No 4 Avril 1937

MÉMOIRES

DES DIVERS TRAITEMENTS QU'IL CONVIENT D'APPLIQUER AUX DIFFÉRENTES FORMES D'OSTÉOMYÉLITE AIGUË [1]

Par E. SORREL,
Ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg,
Chirurgien de l'hôpital Trousseau (Paris).

Le traitement des *staphylococcies*, et plus particulièrement de ses formes à localisation osseuse que nous avons l'habitude de désigner sous le nom d'*ostéomyélite aiguë*, a suscité beaucoup de travaux au cours de ces dernières années.

Des recherches infiniment intéressantes ont été faites sur l'anatoxine et le sérum antistaphylococcique ; on a précisé et mis au point les indications des résections diaphysaires dans les formes graves d'ostéomyélite, qu'Hallopeau avait pratiquées le premier en 1921 [2], et qui étaient, après sa disparition, demeurées longtemps sans être employées. On a discuté beaucoup aussi sur le moment le plus favorable à l'intervention.

Bref, la question semble en pleine évolution et, comme il arrive souvent en pareil cas, les médecins et les chirurgiens qui n'ont fait qu'entendre les échos de nos discussions dans les sociétés savantes, sans être eux-mêmes très spécialisés en chirurgie osseuse, sont un peu perdus au milieu de toutes ces vérités nouvelles — ou soi-disant telles — qui leur sont révélées de toutes parts, et ne savent plus du tout maintenant comment ils doivent agir lorsqu'ils se trouvent en face d'une ostéomyélite aiguë.

Doivent-ils avoir recours au traitement général et se contenter de « vacciner » leurs malades, sans les opérer ? Ou doivent-ils les opérer également ? Doivent-ils les opérer sans les vacciner ? A quel

(1) Leçon faite à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, le 27 janvier 1937.

(2) P. Hallopeau : « Résection primitive de la diaphyse humérale pour ostéomyélite suraiguë. Guérison rapide avec reconstitution de l'os en un mois. » *Soc. Nationale de Chirurgie*, 21 fév. 1922, p. 225.

moment faut-il le faire? Et quel genre d'opération (incision simple, trépanation osseuse, résection diaphysaire, etc.) faut-il pratiquer?

Autant de questions auxquelles il leur paraissait fort simple de répondre autrefois, et devant lesquelles ils hésitent souvent maintenant.

Peut-être est-ce leur rendre service, et rendre surtout service à leurs malades, que de leur montrer, par quelques exemples tirés de la pratique courante, qu'en réalité les problèmes restent simples et qu'il n'y a pas lieu de discuter beaucoup la conduite à tenir dans les différents cas qui peuvent se présenter.

Mais auparavant, je voudrais rappeler trois points de l'histoire des staphylococcies — donc des ostéomyélites aiguës puisqu'elles n'en sont qu'une des formes — qu'il est bon d'avoir présents à l'esprit quand on parle de leur traitement.

Le premier a trait à *la façon dont se fait l'infection.* C'est habituellement par une *lésion cutanée* que se fait l'introduction du staphylocoque dans l'organisme, et c'est par *voie sanguine* qu'il parvient jusqu'à l'os où il se fixera; la localisation osseuse est donc toujours précédée d'un stade de bactériémie, bien que celui-ci passe souvent inaperçu.

Le deuxième précise *la façon dont se comporte le staphylocoque* en milieu sanguin: les médecins et les bactériologistes admettent qu'il ne peut y vivre et s'y multiplier longtemps: il est rapidement éliminé, et pour qu'une vraie *septicémie à staphylocoques,* avec hémoculture positive, évolue pendant longtemps, il faut qu'elle soit *entretenue par un foyer local,* et c'est de ce foyer aussi que partent les germes qui colonisent au niveau de foyers secondaires.

Le troisième enfin précise les *réactions* que détermine le staphylocoque dans l'organisme: toutes les constatations cliniques, toutes les recherches de laboratoire sont à ce point de vue concordantes. Spontanément, on se vaccine mal contre le staphylocoque; et ce n'est qu'à grand'peine que les bactériologistes ont pu obtenir la production d'une toxine, grâce à laquelle ils ont préparé l'anatoxine. Le staphylocoque est *mauvais antigène.*

On peut donc dire:

1° que les foyers ostéomyélitiques bien localisés sont générateurs de phénomènes septicémiques et producteurs de foyers secondaires;

2° que contre eux, la défense spontanée de l'organisme est impuissante à s'établir puisqu'ils n'engendrent pas ou très peu d'anticorps.

Il ne faut donc pas les abandonner à eux-mêmes, et il faut agir contre eux.

Pouvons-nous le faire par un traitement général?

Il y a environ 16 ans, on a cru que la *vaccination* allait être une arme puissante pour lutter contre les ostéomyélites aiguës, et par une sorte de psychose collective — dont les exemples sont fréquents dans notre art — on en a, à cette époque, « guéri » de cette façon d'innombrables cas: au Congrès Français de Chirurgie tenu à Strasbourg en 1921, on aurait paru bien sceptique en mettant en doute la valeur de la vaccinothérapie. Et depuis lors, on a amplement constaté son inefficacité.

On a pensé avoir une arme meilleure dans le *bactériophage*: on a tenté des *immunotransfusions,* et on leur a attribué des succès; mais les résultats obtenus ne sont ni assez constants ni assez nets pour qu'on conserve grand'illusion sur les bénéfices que peuvent apporter ces thérapeutiques.

L'*anatoxine staphylococcique* et le *sérum* que l'on obtient en partant d'elle — ce qui nous fait revenir aux idées qu'en 1908 avaient émises Charles Richet et Héricourt — vont-ils nous faire entrer dans une voie plus féconde? L'avenir seul nous le dira, car l'on n'est guère actuellement qu'à la phase expérimentale, et les quelques essais cliniques qui ont été rapportés ne permettent vraiment aucune conclusion.

Dans un autre ordre d'idées, pouvons-nous avoir quelque confiance dans la chimiothérapie? Le *sulfate de cuivre,* la *trypaflavine,* le *mercurochrome,* le *rubiazol* depuis quelque temps, ont été souvent essayés. Par *l'électrocuprol,* j'ai obtenu, au prix d'ailleurs de chocs souvent inquiétants, des résultats heureux dans quatre cas que je croyais désespérés, et il me semble que nous avons là un moyen thérapeutique qu'il faut essayer dans les formes graves.

Mais pouvons-nous dire que nous avons, dans tous ces procédés, un traitement général *efficace* des ostéomyélites? Je ne le crois vraiment pas. *Et aucun d'entre eux, en tout cas, ne nous permet de nous dispenser du traitement chirurgical des lésions.*

Ce traitement chirurgical, auquel, faute de mieux encore, il nous faut bien revenir, varie assez notablement suivant la forme de l'ostéomyélite à laquelle on a affaire.

Pour bien me faire comprendre, je vais prendre 4 exemples, 4 cas de gravité croissante que j'ai vus l'an dernier dans mon service et qui me paraissent assez démonstratifs.

Voici le premier:

Un enfant de 6 ans nous arrive le 25 mars dernier, avec une tuméfaction douloureuse du tiers inférieur du fémur gauche.

Depuis huit jours, il souffre et il a de la température, mais la douleur n'est pas très vive, ni spontanément ni à la pression; la température n'est pas extrêmement élevée: elle est à 39°1, et, depuis huit jours, elle oscille entre 37°5 et 39°, avec une certaine tendance à s'élever progressivement.

La radiographie ne montre rien de net.

L'état général est excellent. On pense naturellement à une ostéomyélite, mais on discute la possibilité d'une ostéite tuberculeuse subaiguë, d'une ostéite spécifique, d'un sarcome même. Une numération globulaire montrant 20,600 leucocytes, avec 86.5 de polynucléaires et 3,340,000 globules rouges, fait pencher vers le diagnostic d'ostéomyélite.

On opère: on trouve un gros abcès sous-périosté, sans aucune lésion apparente. On ne fait donc que cette simple incision.

Le pus contenait des staphylocoques dorés en abondance.

La température tombe à la normale en trois jours. L'enfant sort de l'hôpital six jours après l'opération, le 1er avril. Un mois plus tard, il marchait de façon tout à fait normale; la cicatrisation était complète en 1 mois ½.

A ces cas simples, l'incision seule du périoste, sans aucune trépanation osseuse, si discutée jadis entre Broca et Kirmisson, *convient parfaitement.*

Voici un deuxième cas un peu plus grave:

Une grande fille de 14 ans arrive dans mon service le 19 janvier dernier, dans l'après-midi.

Etat général assez touché, température 39°6, pouls à 140.

A la partie supérieure du tibia droit, douleur vive, spontanée et provoquée par la pression. Les accidents ont débuté trois jours auparavant par des phénomènes généraux importants; puis la douleur de l'extrémité supérieure du tibia a apparu et, peu à peu, elle s'est précisée et aggravée. Actuellement, elle siège juste au niveau de la région bulbaire supérieure du tibia, à sa face externe, et la pression la réveille de façon parfaitement précise en ce point, et nulle part ailleurs.

Depuis le début, la température est élevée; le soir du jour d'arrivée (c'était un dimanche), elle monte à 40°1, le pouls restant à 140.

Je vois l'enfant le lundi matin: les signes étaient plus nets encore que la veille; l'état général commençait à s'altérer sérieusement, et, localement, la douleur était de plus en plus violente.

Je l'opère tout de suite: je ne trouve pas de pus sous le périoste. Je trépane l'os au point douloureux: j'ouvre un abcès dont le pus contenait des staphylocoques dorés; la cavité était à peu près du volume d'une grosse cerise.

Le soir même, la température est à 37°9, au lieu de 40°1 la veille, le pouls est bon et n'est plus qu'à 120. Les deux jours suivants, la tempé-

rature remonte légèrement le soir: 38°6, 38°4, parce que l'enfant fait une poussée de lymphangite douloureuse au niveau d'une piqûre de propidon qu'un médecin avait fait avant que l'enfant soit envoyée à l'hôpital; c'est — soit dit en passant — le seul résultat que j'ai vu obtenir par le propidon en ces cas. Puis la température descend progressivement, en même temps que l'état général se remonte rapidement.

L'enfant sort du service complètement apyrétique, le neuvième jour, et part à la campagne. La cavité s'est comblée rapidement. La guérison est complète fin mars, deux mois environ après l'opération.

C'est le type d'ostéomyélite de gravité moyenne; la simple trépanation de l'os convient ici parfaitement.

Voici maintenant un troisième cas beaucoup plus grave:

Un enfant de 6 ans nous arrive le 27 juin 1935.

Etat général tout à fait grave, température à 39°6 qui grimpe en quelques heures à 40°3, pouls incomptable, facies terreux, langue sèche. Signes locaux non moins importants: énorme œdème du bras gauche ayant son maximum au moignon de l'épaule et descendant jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras. Douleur extrêmement vive, spontanée et provoquée, de toute la région du bras.

La mère nous dit que l'enfant ne s'est plaint que la veille et que la température, dès ce premier soir, a sauté à 40°; les lésions seraient donc de date toute récente. Nous avons, nous, l'impression qu'elles doivent quand même remonter à plus de 24 heures.

Intervention le soir même. La température est à 40°3; malgré tous les toni-cardiaques donnés dans la journée, le pouls reste incomptable; l'état général s'aggrave de plus en plus.

On incise dans l'espace delto-pectoral: on trouve des tissus très œdématiés. On incise le périoste: un flot de pus sous pression s'échappe; il entoure l'humérus dont le périoste est entièrement décollé. On augmente peu à peu l'incision par en bas: partout le périoste est soulevé par le pus; vers l'extrémité inférieure de l'humérus, le pus est particulièrement abondant. C'est une ostéomyélite bipolaire, une ostéomyélite pandiaphysaire plutôt. On enlève la diaphyse humérale en totalité: c'est le seul moyen d'assurer un bon drainage, et il n'y a rien à perdre, car l'humérus est certainement frappé de mort. Un appareil plâtré, fermé, prend le thorax et tout le membre devenu ballant; on ne fera le premier pansement que le 28 juillet, exactement le *trentième jour* après l'opération.

Pendant ce temps, la situation s'est transformée, et il y a longtemps que nous n'avons plus de crainte pour la vie de l'enfant. Vingt-quatre heures après l'intervention, la température est à 39°6, au lieu de 40°3 la veille; elle est à 39° le 2e jour, à 38,2° le 3e, et arrive à 37° le 5e.

En 48 heures, l'état général s'était modifié de façon telle que dès ce moment on pouvait dire que, *quoad vitam*, la partie était gagnée.

Ne pas vouloir admettre que c'est l'opération qui a sauvé le malade serait nier volontairement l'évidence ou pousser bien loin l'amour du paradoxe.

Les suites d'ailleurs furent très simples; l'enfant resta à peu près apyrétique.

Nous l'avons gardé 3 mois ½ dans le service, le bras et le thorax immobilisés dans un plâtre que nous coupions à intervalles éloignés pour faire de rares pansements (trois en 3 mois ½).

Comme dans l'observation princeps d'Hallopeau qui, le premier, a osé pratiquer une résection diaphysaire dans un cas semblable, l'humérus s'est reconstitué rapidement: une radiographie du 10 octobre (3 mois et 13 jours après l'opération) montre que la continuité de l'os est complète.

L'enfant partit le 15 octobre pour Berck; je l'y ai revu, guéri, avec une fistulette insignifiante, le 17 novembre 1935: l'humérus était solide, de 2 cm seulement plus court que celui du côté opposé, les mouvements de l'épaule étaient étendus; ceux du coude étaient de 35° (75-120).

Dans ces formes très graves, presque désespérées, d'ostéomyélite, l'opération d'Hallopeau, *la résection diaphysaire étendue* est une intervention admirable. J'y reviendrai une autre fois, car j'en possède actuellement une trentaine d'observations, dont quelques-unes suivies depuis 5 ans.

Mais aujourd'hui, je ne veux pas m'étendre sur ce sujet; je n'envisage que l'opportunité de l'intervention sanglante dans les diverses formes d'ostéomyélite aiguë.

Voici enfin un quatrième type pour lequel d'ailleurs le mot d'ostéomyélite ne convient plus très bien et qu'il serait plus juste de désigner sous le nom de *septicémie à staphylocoques.*

Je passais la visite avec mes élèves dans l'une des salles, lorsqu'on apporta sur un brancard, le 13 février dernier, un garçon de 13 ans. La vieille image populaire « la mort peinte sur le visage » ne pouvait pas mieux s'appliquer qu'à lui: facies terreux, lèvres fuligineuses, langue recouverte d'un épais enduit ne permettant qu'à peine la parole, pouls incomptable, température à 40°; c'était le tableau parfait de la grande septicémie.

L'enfant tenait la cuisse gauche un peu fléchie, immobilisée par une main, et quand on voulait la mouvoir, il sortait de sa torpeur et poussait des cris. Mais il n'y avait à la racine de la cuisse que des signes fort légers: à peine existe-t-il un peu de tuméfaction et d'empâtement de la région inguinale. La radiographie, faite tout de suite, était muette.

Sans pouvoir nous donner grands détails, les parents nous racontèrent que depuis cinq jours l'enfant était dans cet état. Un mot d'un médecin indiquait qu'il avait été traité autrefois pour syphilis héréditaire, et quelques mois auparavant, malgré son jeune âge, pour une blennorragie; on pouvait donc se demander, disait le médecin, s'il ne s'agissait pas de septicémie à gonocoques.

La chose était difficile à dire d'après le seul examen clinique, et une hémoculture ne pouvait nous donner de réponse que le lendemain. Au reste,

quel que soit le microbe infectieux, les mêmes problèmes thérapeutiques se posaient.

L'extrême gravité des phénomènes généraux, leur prédominance manifeste sur les phénomènes locaux relativement légers, ne nous permettaient pas ici d'espérer qu'une intervention aurait grande influence sur l'évolution de la septicémie; la manifestation ostéo-articulaire n'était évidemment qu'une lésion d'importance tout à fait secondaire. Et si l'intervention avait dû être elle-même grave et choquante, nous nous serions certainement abstenus, mais l'enfant souffrait très vivement, et l'arthrotomie de la hanche est une opération bien infime si l'on aborde l'articulation par voie antérieure.

Nous la fîmes donc. Les tissus périarticulaires étaient œdématiés, la capsule épaissie, l'articulation remplie de pus. Sans chercher quelles étaient les lésions du fémur, nous bornâmes notre intervention à cette simple arthrotomie. Le pus contenait des staphylocoques dorés en abondance, et le sang pris dans une veine du pli du coude, également.

La douleur cessa tout de suite, comme nous l'espérions: la cuisse s'étendit et l'enfant ne gémit plus.

Mais la septicémie continua: pendant vingt jours, nous luttâmes contre elle, et j'avoue qu'au début nul d'entre nous ne croyait que l'enfant pourrait être sauvé. Il le fut cependant, et je crois que *c'est à l'électrocuprol* qu'il en est redevable: en trois semaines, par 7 injections intraveineuses de 5 cm³ au début, puis par 5 de 10, par 3 de 15, par 6 de 20, il n'en reçut pas moins de 250 centimètres cubes.

Vers la troisième semaine, la situation n'était plus inquiétante; la température tombait au-dessous de 38°. Mais à ce moment, les phénomènes locaux prirent une importance plus grande: il se fit une rétention importante de pus dans la racine de la cuisse.

La radiographie montra une luxation du fémur et des lésions d'ostéomyélite étendues de sa partie supérieure.

La température remonta et l'état général s'altéra de nouveau rapidement.

Mais le problème, cette fois, n'était plus le même qu'au début: c'étaient manifestement les signes locaux qui retentissaient sur l'état général. Une opération de drainage, avec résection de la tête du fémur, faite le 11 mars, fit tomber en 24 heures la température, et cette fois de façon définitive.

Comme toujours en ces cas de gravité très grande, de multiples incidents survinrent pendant la longue convalescence, et de petites interventions furent nécessaires. L'enfant resta de longs mois dans le service; je l'envoyai ensuite à l'Hôpital Maritime de Berck, où il est resté longtemps. Il est maintenant en parfait état.

Comme je l'ai dit au début, on a beaucoup discuté en ces derniers temps sur le moment le plus favorable à l'opération, et certains chirurgiens laissent entendre que s'ils se trouvaient en face d'un malade atteint d'ostéomyélite aiguë, quelle qu'en soit la forme, ils se contenteraient d'immobiliser le membre, et remettraient à plus tard (quelques jours, quelques semaines...) l'intervention nécessaire. Tâchons donc d'imaginer ce que seraient devenus les malades dont je

viens de relater l'histoire, si nous ne les avions pas opérés, sans perdre de temps !

J'ai entendu dire un jour que nous n'en pouvions avoir aucune idée, parce que nous ne laissions jamais la maladie évoluer sans intervenir. On pourrait tout aussi bien dire que nous ignorons l'avenir d'une péritonite appendiculaire ou d'une hernie étranglée, puisque nous avons l'habitude de les opérer ; nous ne pouvons tout de même pas faire table rase de tout ce qu'ont observé ceux qui nous ont précédés et qui n'ont opéré précocement que parce qu'ils avaient vu les désavantages qu'entraînait l'expectative. Ne voyons-nous pas de plus, et malheureusement assez souvent, de pauvres enfants chez lesquels une erreur de diagnostic longtemps maintenue a empêché d'opérer le foyer osseux en évolution, et ne savons-nous pas ce qu'il advient alors ?

Dans la série des ostéomyélites de mon service, dont je dirai un mot tout à l'heure, plusieurs des malades étaient précisément de ces enfants dont la lésion avait été méconnue tout d'abord, et ils sont morts peu de temps après leur arrivée, sans que j'aie pu rien faire pour eux.

Je crois, pour ma part, qu'en tenant compte de ce que m'ont appris les autres, et de mon expérience propre, je puis, sans grande crainte d'erreur, dire ce que seraient devenus les quatre malades dont je viens de parler.

Le premier, celui qui n'avait qu'une petite lésion sous-périostée, aurait probablement guéri, même si l'on n'avait pas incisé son abcès : après quelques jours d'ascension thermique et d'altération de l'état général, de souffrances probablement assez vives aussi, l'abcès serait devenu superficiel et se serait ouvert spontanément. Mais suivant toute probabilité aussi, l'enfant aurait guéri moins simplement, moins rapidement, et avec des lésions d'ostéomyélite chronique plus importantes qu'il ne l'a fait après l'opération. Il n'aurait retiré aucun bénéfice, bien au contraire, de l'abstention opératoire.

Pour le deuxième, la jeune fille de 14 ans, à l'abcès tibial supérieur intra-osseux, deux hypothèses sont possibles : après quelques jours de souffrances de plus en plus violentes, d'altération de plus en plus marquée de l'état général, de dégâts osseux de plus en plus étendus, l'abcès aurait pu trépaner lui-même de dedans en dehors l'os au bon endroit, et venir s'ouvrir à la peau, en laissant derrière lui des lésions d'ostéomyélite chronique beaucoup plus graves qu'elles ne l'ont été après l'opération.

C'est l'hypothèse heureuse. Mais il en est une autre : l'abcès aurait pu tout aussi bien s'ouvrir dans l'articulation du genou. Et que serait-

il alors arrivé? Ankylose après de longs mois de souffrance, amputation, mort... nous n'en savons rien.

Pour le troisième, l'enfant dont l'état paraissait désespéré, avec cette grave ostéomyélite de l'humérus, je n'ai aucune hésitation: il serait mort en quelques jours; alors que la résection diaphysaire complète lui a sauvé la vie et lui a laissé un bras dont il se servira parfaitement.

Reste le quatrième, l'enfant à la septicémie, avec très minime localisation ostéo-articulaire. Pour celui-là, l'arthrotomie ne pouvait avoir grande influence sur l'évolution de sa septicémie. Et je le savais fort bien avant de la faire: je ne l'ai pratiquée que parce que l'enfant souffrait beaucoup et qu'ainsi ses douleurs ont été supprimées. L'opération utile fut l'opération tardive, faite lorsque la septicémie initiale était éteinte.

Mais il vaudrait mieux ne pas donner le nom d'ostéomyélite à des cas de cet ordre: ce sont des septicémies à *staphylocoques* dans lesquelles la localisation osseuse n'a, tout au moins pendant longtemps, qu'une importance tout à fait secondaire. Ce sont d'ailleurs des cas assez rares, si j'en crois ma statistique personnelle que je vais relater dans un instant.

Pour les 3 autres, qui sont, eux, des ostéomyélites vraies, j'estime qu'en les opérant sans aucun retard nous avons sauvé l'existence de l'un d'eux et nous lui avons, par surcroît, conservé un bras utile, nous avons évité de graves accidents immédiats et tardifs au deuxième, et nous avons guéri le troisième beaucoup plus rapidement et dans de meilleures conditions que si nous ne nous étions décidés à ne l'opérer que longtemps plus tard.

Or, ces 4 malades dont j'ai tracé rapidement le tableau clinique représentent les 4 types auxquels on peut rattacher les diverses ostéomyélites que l'on voit en chirurgie. Elles ne sont pas toutes strictement calquées sur eux; il y a en particulier un certain nombre d'ostéomyélites à plusieurs foyers, évoluant soit en même temps, soit successivement, qui s'éloignent un peu des types que nous avons pris. L'âge de l'enfant leur imprime aussi un caractère assez particulier: chez le nourrisson, les ostéomyélites, comme les arthrites d'ailleurs, évoluent souvent avec une bénignité déconcertante, malgré les dégâts osseux étendus.

Mais, *grosso modo*, on peut, de ces 4 types, rapprocher tous les cas que l'on voit.

Pour montrer approximativement leur fréquence relative, je puis, en citant la statistique de mon service, indiquer le nombre des uns

et des autres. Je donnerai en même temps les résultats obtenus en appliquant les principes de traitement que j'ai précisés.

Depuis 1931, 62 ostéomyélites aiguës ont été traitées dans mon service; j'en élimine 3: 2 parce qu'elles étaient, l'une à streptocoque, l'autre à pneumocoque, la 3e parce que les parents ont emmené l'enfant sans que nous ayons pu savoir ce qu'il était devenu.

Les 59 ostéomyélites aiguës à staphylocoques qui restent, m'ont donné 11 morts et 48 guérisons, plus ou moins parfaites.

5 étaient des ostéomyélites à lésions superficielles, et ont été opérées par simple incision d'un abcès sous-périosté. Il y eut, parmi elles, 1 mort par foyer secondaire tardif.

20 étaient des ostéomyélites avec abcès intra-osseux. L'os, s'il n'était pas déjà spontanément perforé, a été trépané, et la cavité de l'abcès largement drainée. Il y eut 2 cas de mort chez des enfants qui présentaient de multiples foyers, l'un le 25e jour, l'autre le 9e après l'opération.

28 étaient des ostéomyélites avec état général extrêmement grave et lésions osseuses très importantes. Il a été fait pour elles 26 résections et 2 trépanations; avec 3 morts en tout, concernant des formes à foyers multiples.

6 enfin étaient des septicémies dont la localisation osseuse n'était nullement la lésion prédominante. Celles-là, mais celles-là seules, pour des raisons que j'ai déjà dites à deux reprises plus haut, n'avaient aucun bénéfice à tirer d'une intervention hâtive, sauf la suppression de la douleur, dans le cas que j'ai rapporté. Cette intervention, d'ailleurs, on n'a guère tendance à la faire rapidement, car on se rend compte bien aisément de la disproportion qui existe entre la discrétion des signes locaux et la gravité extrême de l'état général. Sur ces 6 septicémies, 5 sont morts.

Pour résumer en quelques mots mon opinion sur le traitement des ostéomyélites aiguës, je crois pouvoir dire:

En attendant d'être fixé sur la valeur de l'anatoxine et du sérum antistaphylococcique, l'intervention s'impose dans tous les cas d'ostéomyélite aiguë avec abcès. Elle sera, suivant la gravité des lésions, une simple incision d'abcès sous-périosté, une trépanation de l'os, ou une résection diaphysaire; et il y a intérêt à la pratiquer sans retard.

Ce n'est que dans les formes de septicémie proprement dite, à foyer osseux encore imprécis — et ce sont des formes rares par rapport aux autres — que l'attente est justifiée; elle s'impose d'ailleurs d'elle-même le plus souvent.

LES SANGS INCOMPATIBLES COMME THÉRAPEUTIQUE DE SHOCK DANS LES INFECTIONS GRAVES

Par Paul-A. POLIQUIN, F.A.C.S.,
Médecin de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Je débuterai par une observation qui remonte à 1930 :

M. Gérard A. (3132 de l'Enfant-Jésus) est âgé de 21 ans. C'est un malade du Dr Laliberté qui l'a vu en clientèle privée et qui a porté le diagnostic d'endocardite maligne à streptocoques hémolytiques. Des hémocultures positives à ce germe confirmaient les prévisions de la clinique; le diagnostic était donc complet à la fois lésionel et étiologique.

Le Dr Laliberté, qui a traité le malade, considère son cas comme extrêmement grave. Me disant que toutes les médications faites à date, bien qu'incontestablement utiles, restent insuffisantes et que le pronostic pour ce cardiaque est des plus sombres à brève échéance, mon confrère me demande de voir ce malade et de lui faire si possible une ou plusieurs transfusions, et la première quasi d'urgence vu son mauvais état.

Gérard A. entre à l'hôpital le 20 mai 1930. Sa température à 98.4° F., son pouls à 76, sa respiration à 16, masquent son mauvais état général réel: on a affaire à un malade d'une pâleur extrême, avec ses muqueuses complètement décolorées, d'une faiblesse considérable et transpirant profusément au moindre effort.

L'examen de son sang donne alors 1,400,000 G. R., Hémoglobine 25%, Valeur globulaire 1, le tout associé à une leucopénie marquée: 2,760 G. B. La différenciation de ces globules blancs donne une lymphocytose nettement augmentée et une polynucléose à la moitié de son chiffre habituel. Les temps de coagulation et de saignement, respectivement de 15 et 30 minutes, doublent s'ils ne triplent pas même les temps normaux.

Dès le lendemain, je lui fais une *première transfusion* de 400 centicubes, me servant de ma méthode préférée, celle de Scannell. Le receveur et J. B. A., notre donneur, sont tous deux du même groupe, soit groupe IV de Moss.

Notre transfusion, malgré son volume, est suivie d'une faible réaction: léger frisson de 10 minutes trois quarts d'heure après sans hyperthermie décelable.

Le malade, qui n'a eu qu'une amélioration fugace et passagère, est réadmis le 5 juin.

Je lui fais alors une *deuxième transfusion* de 200 centicubes, me servant du même donneur, J. B. A.

Le malade ne fait qu'un léger frisson et peut quitter l'hôpital le même jour.

Gérard A. semble hémolyser à haute vitesse; il retombe vite dans son état antérieur et doit être réadmis le 25 juin; il a même ébauché de petits états convulsifs.

Je lui fais alors une *troisième transfusion* de 200 centicubes, me servant de E. P. comme donneur, groupe IV de Moss.

Frisson de 15 minutes suivi d'une réaction fébrile à 101.6° F. le soir même avec chute à la normale en 60 heures. Le malade reçoit les jours suivants du chlorure de calcium en injection intraveineuse, car ses tendances hémorragipares restent à surveiller; même, le 4 juillet, des gingivorragies assez importantes créent de l'inquiétude. Le malade, qui menace toujours de s'effondrer, ne présente plus que 800,000 G. R. et 2,320 G. B. avec cependant une polynucléose prédominante.

Le 10 juillet, *quatrième transfusion* de 250 centicubes. L. P., notre donneur, est du groupe IV de Moss.

Grand frisson de 20 minutes, hyperthermie atteignant 101° F. le soir même pour disparaître en 24 heures.

Quatre jours après nouvelles gingivorragies qui nous montrent bien la continuation du processus morbide.

Le 21 juillet, *cinquième transfusion* de 250 centicubes, A. B., donneur universel.

Frisson de 35 minutes avec diaphorèse, réaction fébrile légère.

Le 4 août, *sixième transfusion* de 250 centicubes, P. E. P., donneur universel.

Frisson de 30 minutes, suivi de réaction fébrile jusqu'à 103° F. le lendemain avec chute à la normale en 24 heures.

Le 23 août, nous avons une amélioration légère de la formule sanguine: 1,000,000 G. R., Hémoglobine 20%, Valeur globulaire 1, ce qui n'a rien de surprenant si l'on tient compte du laquage du sang dans les anémies aussi hémolysantes. Les globules blancs sont au nombre de 4,500. Les temps de coagulation et de saignement sont tous deux de 7 minutes. Mais malgré l'amélioration apparente de sa formule sanguine, le malade est pire que jamais au point de vue clinique.

Ne pouvant utiliser les immuno-transfusions comme nous l'aurions désiré, dès le début, à cause des montants exigés par les donneurs s'offrant à la vaccination, n'ayant pas parmi nos donneurs professionnels d'individus ayant présenté de grandes infections pyogènes ou même typiques, nous nous décidons, faute de mieux, à continuer les transfusions de sang normal en variant les donneurs, escomptant toujours un donneur « chanceux ».

Je regrette de le dire, mais jusqu'à date, notre thérapeutique avec son maigre résultat obtenu, ressemble un peu à un de ces marathons si chers au cœur des Américains, et je ne saurais vraiment pas à qui décerner la palme, si je considère le Chef de médecine avec sa foi invincible à la transfusion, le malade avec sa docilité ou le transfuseur avec sa ténacité évidente.

Le 29 août, tel que convenu, *septième transfusion*, toujours avec le même procédé de Scannell, J. A. M., donneur.

J'injecte avec une grande lenteur une première seringue de sang, puis je me mets à accélérer progressivement mon injection, lorsque le malade ressent une douleur excruciante en barre au creux épigastrique et devient

angoissé. Une mydriase inquiétante fait suite à un pouls plutôt misérable. *En somme, c'était tout le tableau d'un grand choc hémoclasique par la réception d'un sang incompatible.* En face d'un accident grave immédiat, imminent, l'indication étant formelle, je me vois obligé d'interrompre la transfusion, espérant que l'accident cataclysmique possible en pareil cas ne se produira pas, malgré les 50 centicubes déjà transfusés, et que tout au plus quelques accidents graves tardifs viendront noircir le tableau.

J'avais pourtant attentivement groupé ce donneur dans le groupe IV de Moss, c'est-à-dire parmi les donneurs universels, mais l'erreur était évidente.

Le transfusé, descendu à son lit, fait un grand frisson qui dure une heure, a de l'agitation, le tout accompagné de malaise général, de céphalalgie et de douleurs dans ses membres. Dans les heures qui suivent, légère expectoration sanguinolente et mictions uniformément sanguinolentes.

Cette journée pleine d'inquiétude pour nous a un meilleur lendemain. Le quatrième jour après sa transfusion le malade pouvait quitter l'hôpital, ayant eu une légère épistaxis la veille et ne présentant lors de sa sortie aucune trace d'albumine.

Notre donneur, que nous avions cru donneur universel, était après vérification, tel que nous en étions convaincu, d'un autre groupe: c'était un groupe II indiscutable. Les globules II de ce donneur étaient faiblement et surtout lentement agglutinés par le Test Serum III, tandis que des globules témoins l'étaient massivement et en moins de 10 minutes, ces globules ne l'étaient qu'en 40 à 50 minutes, et ce pour des raisons que j'ignore, raisons qui semblent bien indépendantes de la valeur des sérums étalons et des techniques suivies, mais paraissent plutôt inhérentes au sang lui-même.

Jusque-là, rien de bien extraordinaire; nous avions fait une erreur certaine de groupement et causé un grand choc hémoclasique par injection de sang incompatible, injection qui reste la terreur des transfuseurs.

Mais ce qui est plus intéressant, notre malade, qui n'a fait que pouvoir se maintenir jusqu'à date, et combien péniblement, notre malade à qui nous faisions des transfusions quasi à contre-cœur tant nous sentions l'inutilité de la lutte entreprise, — et je dois ici féliciter le Dr Laliberté de sa ténacité — notre malade, dis-je, dès ce moment évolue, avec une convalescence relativement courte, vers une guérison indiscutable. Ce malade, revu par le Dr Laliberté, ne présenterait que quelques vestiges insignifiants de son ancienne endocardite, passée à l'état chronique, bien entendu.

*

* *

Cette erreur involontaire et redoutée de thérapeutique avait-elle guéri notre malade? C'était la première question que nous pouvions nous poser.

Jusqu'à notre *septième transfusion*, tous les efforts d'une thérapeutique active: vaccin, injections de septicémine et de chlorure de calcium, et que sais-je encore, n'avaient réussi qu'à retarder la progression des accidents vers une mort qui semblait certaine, et c'est presque en vitesse que certains accidents nous forcent à recourir à la transfusion. Ce receveur, qui hémolyse rapidement ses propres globules, hémolyse tout aussi rapidement les globules transfusés, et l'effet de la transfusion ne reste toujours que transitoire jusqu'au jour où l'accident rapporté, notre erreur puisqu'il faut l'avouer, paraît marquer un tournant dans l'évolution de sa maladie. Dès ce jour seulement se manifeste le changement qui le conduit à la guérison.

Eh bien! malgré l'adage *Post hoc, ergo hoc,* qui reste la bête noire de la thérapeutique, vous me permettrez de vous dire que nous restons, le Dr Laliberté et moi, impressionnés par le changement subit et inattendu de ce malade, et moi tout particulièrement par les circonstances qui ont paru présider à ce changement. Les impressions sont un bien pauvre critérium scientifique, il faut l'avouer, mais sous leur influence je rédigeai la présente observation, telle que donnée, en 1931, et, dès ce moment, puisqu'il est impossible de tirer la moindre conclusion d'une observation unique, je me mis en frais de chercher quelques observations semblables dans les travaux des transfuseurs, avec une demi-certitude d'en trouver. A ma grande surprise, je ne trouvai jamais aucune allusion à quelque cas semblable après maintes recherches, quand récemment j'eus la bonne fortune de tomber sur un article écrit par un médecin canadien de Montréal, le Dr Edmond Bourgault, et relatant une observation identique.

La littérature médicale semble tellement pauvre à ce point de vue que je crois avoir toutes les raisons de vous dire que l'observation du Dr Bourgault me semble être la première publiée avant celle que je vous présente. Il ne faut pas en être surpris, d'ailleurs; cette pauvreté est peut-être due à ce fait très humain que les transfuseurs n'aiment pas à publier leurs erreurs, et l'avenir verra peut-être plusieurs observations de ce genre.

Je vous relate l'observation du Dr Bourgault pour vous permettre de rapprocher les deux documents cliniques:

« Nous sommes demandé le 28 juillet 1936 auprès de Mme Armand D..., hospitalisée depuis le soir précédent dans un service de médecine. Patiente

excessivement pâle, état général misérable, pouls à 130, T. à 100.2°, asthénie considérable. Elle se dit cependant assez bien, à part sa faiblesse extrême, et ne se plaint pas de la faim.

« Elle a 30 ans, mariée depuis 8 ans, quatre accouchements à terme dont un gémellaire, il y a exactement quinze jours. Accouchement facile, sans aucune manœuvre, mais après lequel son médecin a tout de même jugé bon de lui faire donner une douche vaginale tous les jours pendant douze jours. Lochies sanglantes durant les premières 24 heures; elle n'a jamais perdu de sang depuis.

« A partir de la quatrième journée après l'accouchement, elle commence à se sentir fatiguée, à pâlir, à faire de la température. Ces symptômes s'aggravent peu à peu jusqu'à ce jour.

« L'examen complet (Dr Lefebvre) ne révèle aucune lésion organique; nous pratiquons aussitôt un toucher vaginal. Col légèrement entr'ouvert; l'anneau interne est à peu près fermé. Les culs-de-sac sont souples, non douloureux; annexes non palpables. Le corps utérin est ferme, indolore, un peu gros peut-être, mais en rapport avec un accouchement gémellaire de 15 jours.

« Nous posons le diagnostic de septicémie puerpérale, avec hémolyse, sans localisation gynécologique appréciable, et nous demandons d'urgence une numération globulaire et une hémoculture. Le rapport de la cytologie donne: G. R. 1,565,313, G. B. 9,687, Hémoglobine 22%. La transfusion sanguine n'est pas encore urgente; nous préférons nous attaquer à la cause de l'hémolyse. Glace sur l'abdomen. Propidon.

« Le lendemain, 29 juillet, la T. est 101°, le pouls à 112, et la cytologie donne: G. R. 891,407, G. B. 8,593, Hémoglobine 6%. Nous injectons à la patiente 50 c.c. de sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur et pratiquons une transfusion de 200 c.c., donneur universel, M. Pa .., donneur nº 1. L'intervention a été faite à la seringue de Jubé et a duré 10 minutes. Absolument aucune réaction, ni immédiate ni tardive. Le soir, la T. est à 101.2°, le pouls à 112; l'état général est médiocre. Le lendemain, 30 juillet, la cytologie donne: G. R. 1,325,000; Hémoglobine 8%; T. 100°, pouls 112. Nous pratiquons dans l'après-midi une transfusion de 50 c.c. à la seringue citratée. Donneur universel, M. Fi..., donneur nº 2. Injection intraveineuse rapide; pas la moindre réaction dans la journée.

« Le 31 juillet, T. à 100°, état général mauvais. Le cas semble désespéré; la cytologie donne d'ailleurs, malgré deux transfusions, G. R. 850,000, G. B. 5,905, Hémog. 5%. Par acquit de conscience, nous pratiquons tout de même une autre transfusion de 50 c.c. à la seringue citratée. Donneur universel, M. D..., donneur nº 3. L'injection est faite exactement dans les mêmes conditions que celle de la veille, mais à peine avions-nous injecté à la malade 20 c.c. du sang du donneur qu'elle nous dit ressentir un grand malaise: elle se couvre de sueurs froides, le pouls devient incomptable, la respiration s'accélère et la patiente fait un grand frisson qui dure environ une demi-heure, après lequel la température est montée à 105°. Cet état de shock dure environ 4 heures.

« Le lendemain, 1er août, T. 101°, pouls 120, G. R. 1,615,313, soit le double de la veille, G. B. 9,687, Hém. 12%. La patiente semble infiniment mieux et mange avec appétit.

« Le 2 août, T. 99.4°, pouls 96; la formule sanguine est la même. L'état général s'améliore tous les jours. Le 4 août, T. normale, pouls à 88. A partir de ce jour, la température se maintient à peu près à la normale; la formule sanguine s'améliore graduellement; la patiente reprend des forces et quitte l'hôpital, guérie, le 16 août. Une nouvelle cytologie pratiquée le 16 septembre donne: G. R. 5,494,844, G. B. 5,156, Hém. 56%.

« La patiente n'a eu absolument aucun traitement, à part quelques douches vaginales, après la troisième transfusion. »

L'observation relatée est intéressante, parce que concordante avec la nôtre, et dans l'esprit du Dr Bourgault la guérison de son cas est nettement due au shock accidentel de sa dernière transfusion.

Une remarque amusante en passant. Cette observation, exacte dans l'interprétation du processus de guérison, me paraît entachée de deux erreurs: la première, que nous avons faite, et qui est celle d'avoir employé un sang incompatible, la seconde, qui est celle de l'avoir ignoré malgré le fait bien établi par leur laboratoire après l'accident que le sérum du receveur agglutinait les globules du donneur. D'ailleurs, reprenons la description des accidents: « L'injection est faite exactement dans les mêmes conditions que celle de la veille, mais à peine avons-nous injecté à la malade 20 c.c. du sang du donneur qu'elle nous dit ressentir un grand malaise: elle se couvre de sueurs froides, le pouls devient incomptable, la respiration s'accélère et la malade fait un grand frisson qui dure environ une demi-heure après lequel la température est montée à 105°. Cet état de shock dure environ 4 heures. N'avons-nous pas ici le tableau parfait du shock par injection de sang incompatible? Et dans mon esprit, leur donneur que le laboratoire classe donneur universel n'en est pas un.

D'ailleurs, malgré qu'il existe en plus des iso-agglutinines et iso-hémolysines normales du sang, des agglutinines et même des hémolysines que je qualifierai de pathologiques, il est parfaitement connu que ces dernières ne sont pas aussi actives que les premières, et bien qu'existantes sans aucun doute chez nos deux malades, pourquoi n'auraient-elles provoqué aucun accident dans les premières transfusions tandis qu'elles auraient été la cause de cette agglutination dans le dernier cas?

J'avouerai que ces deux observations sont bien peu pour établir ma thèse.

*
* *

Admettant que ces deux transfusions entachées d'erreur de groupement ont été le point de départ de deux guérisons dans des cas qui semblaient désespérés, nous pouvons nous demander par quel

processus elles ont été actives quand celles qui les ont précédées ont paru sans action ?

Dans les infections, la transfusion de sang normal agit par apport sanguin d'abord, vraie médication symptomatique contre l'anémie secondaire maintenant plus ou moins près de leur normale les constantes du sang, et par le fait même la résistance organique. Il est logique de croire que la transfusion aide indirectement à la défense de l'organisme.

La transfusion peut encore fournir un certain degré d'immunité passive, lorsque le donneur possède une immunité acquise à son insu et même peut être naturellement « donneur chanceux ».

Aussi, si nos six premières transfusions avaient sans doute joué leur humble rôle symptomatique, il reste incontestable, à en juger par les résultats obtenus, que nous n'avions pas trouvé de donneur « chanceux ».

Les transfusions de sang de convalescents, les transfusions de sang d'ancien typhique, les transfusions de sang d'immunisés par le germe spécifique en cause ou par un stock-vaccin indifférent, peuvent fournir à l'économie des anticorps tout préparés spécifiques ou non selon les circonstances, et ce sont des méthodes, particulièrement la dernière, qui semblent des plus rationnelles.

Ce mode d'action est facilement mis de côté dans notre observation, car aucun de nos sept donneurs n'avait, dans son passé, de maladie digne de remarque dont ils eussent souvenance, et nous avions dû renoncer pour des raisons majeures à toute immuno-transfusion.

Il ne nous reste plus qu'une seule explication possible de ce processus de guérison : celle d'un shock hémoclasique comparable au shock colloïdoclasique de Widal, celle d'un shock vasculosympathique comparable à ceux produits par les colloïdaux, avec cette différence qu'ici c'est une libération massive d'albumine étrangère qui agit.

Le Dr Bourgault semble bien convaincu de ce mode d'action de guérison, et, intitulant son travail « Une conception nouvelle du mode d'action de la transfusion dans les maladies infectieuses », il démontre nettement que c'est le shock qui a agi dans son cas.

Qu'y a-t-il de surprenant à tout cela ? La médication de shock n'a-t-elle pas été toujours une médication employée sous une forme ou une autre dans les grandes infections, injections de colloïdaux, de peptone, de lait, d'aolan ? Qui d'entre vous n'a pas fait son injection intraveineuse d'électrargol dans un cas de septicémie ?

*
* *

La dernière question qui se pose à notre esprit est celle-ci: les sangs incompatibles peuvent-ils avoir une place dans l'arsenal thérapeutique et leurs injections intraveineuses peuvent-elles devenir une méthode que l'on puisse tenter dans certains cas?

Si nous supposons le bien-fondé de nos deux observations, si nous accordons à nos deux transfusions de sang incompatible le crédit de vraies guérisons, je ne vois pas pourquoi on leur refuserait une place qu'ils peuvent tout aussi bien mériter qu'un grand nombre de médications douteuses. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que les médications de shock ont déjà leur droit de cité bien établi.

La deuxième partie de notre question, à savoir: si ces injections de sangs incompatibles peuvent devenir une méthode que l'on soit autorisé à tenter dans certains cas, bien que restant pratique, peut être grosse de conséquences. Pour y répondre il nous faut nécessairement en étudier les dangers. D'abord, disons que tous les accidents graves immédiats, mortels ou non, et que tous les accidents graves tardifs, en pratique dépendent de l'incompatibilité sanguine; et nous aurons donc à tabler avec la possibilité de ces accidents, puisque nous userons d'avance de ces sangs incompatibles.

On peut admettre que le shock sera en raison directe du volume de sang injecté et de la vitesse employée à l'injecter.

On sait et on répète dans tous les volumes de transfusions que, bien que des accidents graves immédiats puissent apparaître avec des quantités minimes (20, 15 et même 10 centicubes), ces accidents n'apparaissent d'autres fois qu'à 50 et même 70 centicubes. Le malade du Dr Bourgault a reçu 20 centicubes et le mien 50; le dernier malade a un shock infiniment plus grave, c'est indiscutable.

En réalité, les accidents apparaissent bien avant ces quantités, mais ne sont pas toujours différenciés des accidents variés qui sont monnaie courante dans les transfusions, et les quelques instants qui se sont passés entre leur apparition et l'intensité qui permet de les diagnostiquer ont malheureusement laissé le temps d'augmenter la dose et par le fait même d'intensifier les accidents.

On sait, d'autre part, qu'un transfuseur doit débuter dans sa transfusion avec lenteur et même beaucoup de lenteur, surtout lorsqu'il se sert d'un donneur nouveau. C'est une pratique d'atténuation du shock que vous connaissez tous pour maintes injections que vous donnez quotidiennement. Cette lenteur que tous les professionnels de la transfusion connaissent bien, non seulement leur permet d'atténuer le shock, s'il survient par erreur de groupement, mais leur permet

aussi de le reconnaître avant que l'injection mette la vie de leur malade en grave danger par son abondance. Malgré l'atténuation des accidents graves immédiats ordinairement compatibles avec la vie, il y a toute une gamme d'accidents graves tardifs qu'il faut connaître, si l'injection a été assez abondante.

Il est souvent arrivé autrefois que les transfuseurs, donnant vite, aient eu le temps de transfuser un volume de sang considérable et même de compléter toute leur transfusion avant de reconnaître l'incompatibilité sanguine et de provoquer la mort cataclysmique de leur patient.

Il est rare, bien rare à mon avis, qu'une injection lente, très lente, ne décèle ce syndrome d'hétérogénéité, avant que soit franchi le seuil du danger imminent. Et particulièrement si elle est faite par un médecin qui, usant de sang incompatible dans un but de thérapeutique, est sur le qui-vive pour saisir les premières manifestations de ce shock. Cela est si vrai qu'un véritable professionnel de la transfusion, placé dans des conditions particulièrement urgentes, n'hésiterait pas à transfuser, sans test de groupement, un sang quelconque en se servant de ce procédé de lenteur pour déceler le syndrome d'hétérogénéité, quitte à cesser toute transfusion au premier signe d'incompatibilité. Remarquez bien que dans mon esprit cette pratique est absolument condamnable et sans excuse à moins d'une urgence qui ne se rencontre guère.

Petite quantité injectée avec lenteur, c'est important. Mais avant tout, ce qu'il faut connaître d'une manière parfaite, c'est le syndrome d'hétérogénéité sanguine pour le reconnaître dès ses premiers signes.

Pour avoir ignoré ces détails, on a eu plusieurs cas de mort dans les débuts de la transfusion. Leur connaissance a pratiquement toujours permis de sauver le malade d'un accident cataclysmique mortel en le privant simplement du bénéfice d'une transfusion utile ou nécessaire selon le cas. J'insiste sur ce fait.

On peut prévoir que les réactions du patient seront individuelles, et vous connaissez l'immense gamme de réactions vasculo-sympathiques possibles avec des causes qui vous paraissent pourtant identiques en pratique journalière. Ces facteurs individuels sont impossibles d'appréciation même d'une manière problématique. Il est logique de les craindre proportionnellement aux tares organiques anciennes ou créées par l'infection, il est logique de les redouter chez les grands infectés avec hémolyse, il est même probable que les agglutinines et hémolysines minor puissent les exagérer en libé-

rant avec une vitesse plus grande chez l'individu sain les albumines étrangères.

Vous voyez que les facteurs connus, et inconnus surtout, sont nombreux, et qu'il n'y a pas de règle absolue qui nous permette de doser ce shock.

Vous me direz qu'il y a un grand nombre d'accidents possibles à ces injections; je vous demanderai quelle est la méthode qui n'a pas les siens.

Vous me direz que deux observations, c'est bien peu pour légitimer une thérapeutique apparemment aussi scabreuse; je vous approuverai, mais je vous dirai que, si nos deux observations sont exactes, cette thérapeutique représente beaucoup pour nos deux malades.

Personnellement, je crois qu'on peut se permettre légitimement de tenter ce traitement dans des cas désespérés en usant de toute la prudence médicale possible. Je crois que c'est une médication légitime, bien que peu tentante par instinct chez un transfuseur.

Je vous avouerai que les 23 et 26 septembre dernier je tentai cette médication pour un cas extrêmement grave de streptococcémie hémolytique d'origine dentaire chez qui j'avais eu l'occasion déjà de pratiquer cinq transfusions de 400 c.c. chacune avec une amélioration incontestable de courte durée, mais suivie bientôt de symptômes alarmants qui nous forçaient de recourir en vitesse à la transfusion. Avec le Dr Pettigrew, qui avait suivi le cas concomitamment avec moi, je débutai par de toutes petites doses pour tâter le terrain, et puis au moment où je me proposais de donner l'injection déchaînante, soit le 28, le malade était si mal que toute idée d'une troisième injection de sang incompatible fut abandonnée, et le malade mourait peu de temps après.

Tenant compte des doses minuscules injectées au début comme préparation au shock hémoclasique que je me proposais de donner, tenant compte de leur insuffisance à créer le moindre shock et peut-être de notre retard à entreprendre une médication pour laquelle l'hésitation était permise, vu l'absence de mention dans la littérature médicale à date, je ne crois réellement pas que cet insuccès doive entrer en ligne de compte, et si je le cite c'est simplement pour vous montrer qu'en deux milieux éloignés l'idée s'était faite d'un nouveau mode d'action de la transfusion.

Pour résumer, nous croyons:

1) que dans notre observation, seule la septième transfusion a été le point de départ de la guérison;

2) que le processus de guérison a été le shock hémoclasique intense déchaîné par l'injection de sang hétérogène;

3) que cette thérapeutique par le shock est une *possibilité remplie de danger* et peut être aussi un *danger rempli de possibilité*;

4) que tout considéré, cette thérapeutique incertaine ne devrait pas être tentée sans une connaissance approfondie des lois de la transfusion et surtout du *syndrome d'hétérogénéité*;

5) que même un transfuseur professionnel ne devrait la tenter qu'avec prudence jusqu'au jour où des connaissances nouvelles permettront d'en accepter ou d'en nier la valeur et peut-être d'en établir la technique.

BIBLIOGRAPHIE

Edmond BOURGAULT: « Une conception nouvelle du mode d'action de la transfusion sanguine dans les maladies infectieuses. » *Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal*; nº 4, p. 200; octobre 1936.

RECUEIL DE FAITS

DOLICHO-SIGMOIDE ET DOLICHO-TRANSVERSE ASSOCIÉS

Interventions itératives et guérison chirurgicale.

Par Pierre SMITH,
Chirurgien à l'hôpital Saint-Luc.

L'histoire suivante est celle d'une malade ayant subi au cours des dernières années cinq interventions abdominales dont deux récentes pour une double lésion dolicho-sigmoïdienne et dolicho-transversaire.

Au début d'octobre 1935, Madame X, âgée de 35 ans, nous est amenée par son médecin traitant parce qu'elle se plaint de constipation opiniâtre accompagnée de ballonnement considérable et très douloureux du cadre colique.

L'interrogatoire et l'anamnèse nous apprennent que dès l'adolescence elle a souffert de constipation et de douleurs abdominales diverses: crampes, coliques. Ces troubles douloureux allèrent en s'aggravant.

Au mois de mai 1928 en raison d'une salpingo-ovarite droite, il a été pratiqué simultanément une salpingectomie bi-latérale, une ovariectomie gauche et l'appendicectomie. Un mois plus tard (juin 1928) elle subit une cholécystectomie pour cholécystite calculeuse.

Les années qui suivirent, la constipation habituelle et les douleurs abdominales sous forme de coliques s'accentuèrent de plus en plus, tellement qu'au cours des derniers six mois de l'année 1933, la constipation est quasi invétérée, les coliques intestinales deviennent de véritables crises d'obstruction et de sub-occlusion persistant des heures entières, accompagnées de ballonnement intense du cadre colique, et de douleurs tellement intolérables, que la morphine même à hautes doses répétées ne parvient qu'imparfaitement à procurer un soulagement.

Le diagnostic de dolichocôlon est confirmé par un lavement baryté. La radiographie révèle alors (fig. I) :

« 1° un mégacôlon peu accusé,

2° une coudure à l'angle splénique,

3° un abaissement du côlon transverse, celui-ci rétracté et ondulé, ayant la forme de vagues très accentuées et causées vraisemblablement par des adhérences dues à la périviscérite. L'angle splénique est coudé, et l'anse sigmoïde est enroulée sur elle-même. »

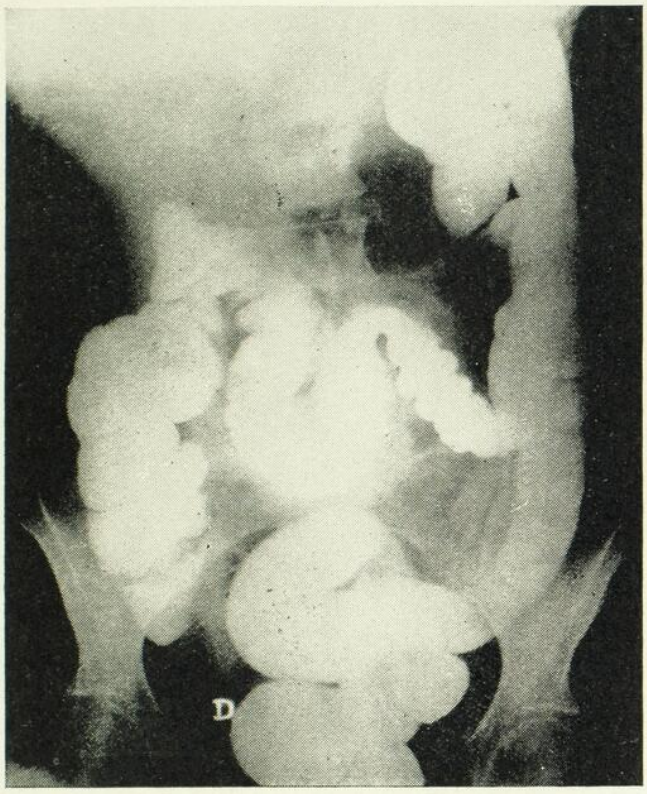


Fig. I. — Mégacôlon peu accentué. Coudure à l'angle splénique, abaissement du côlon transverse; anse sigmoïde enroulée sur elle-même.

Un traitement médical, judicieusement institué par le médecin traitant, améliore la malade qui quitte l'hôpital quinze jours plus tard (fig. II). Quelque temps après, les mêmes douleurs réapparaissent graduellement, plus vives, plus fréquentes.

En novembre 1933, nouvelle laparotomie; section d'une bride pelvienne, tendue de l'utérus à la fosse iliaque gauche et comprimant

fortement le sigmoïde. Les suites opératoires sont d'abord favorables; les principaux malaises disparaissent, l'appétit revient, le sommeil et l'état général s'affirment meilleurs, le poids augmente de 25 livres. Mais au bout d'un mois environ, il appert que la seule résection de cette bride comprimant le sigmoïde a été nettement insuffisante; en effet, les douleurs réapparaissent discrètement, puis elles vont s'aggravant; des complications multiples surgissent: les unes, anatomiques,

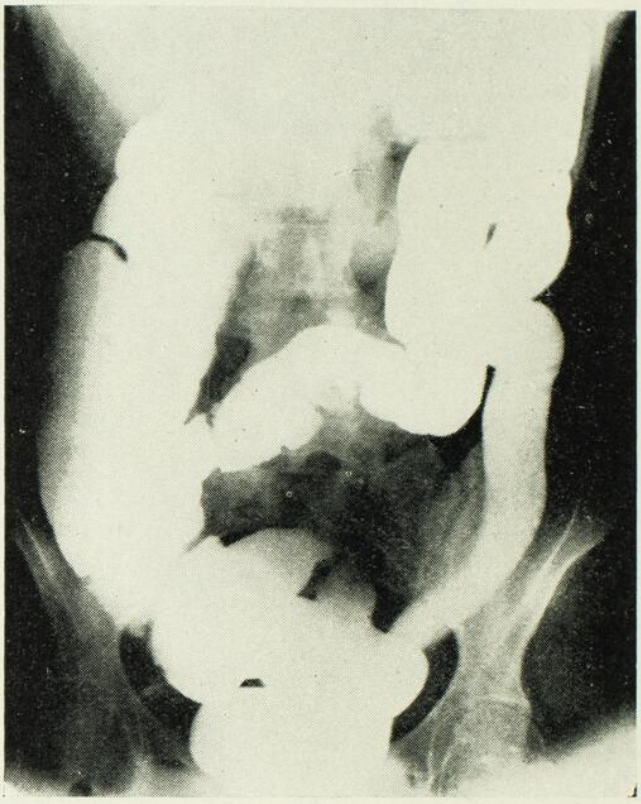


Fig. II. — Même malade quittant l'hôpital, améliorée. Le côlon transverse a repris sa mobilité, mais les allongements et les coudures persistent.

les autres psychiques ou médicamenteuses; la malade glisse peu à peu vers un état cachectique qui fait craindre pour ses jours. Au début du deuxième semestre de 1935, les crises de sub-occlusion colique, sont extrêmement douloureuses; c'est un long martyre inénarrable lorsqu'il s'agit d'obtenir une selle exonératrice.

En examinant cette malade, on est frappé par sa maigreur et son teint terreux, l'expression douloureuse de sa physionomie, sa nervosité,

l'instabilité de son humeur. L'abdomen porte la trace de deux cicatrices chirurgicales, l'une sous-hépatique, l'autre ombilico-pubienne; au moment des crises douloureuses, on remarque facilement le ballonnement du cadre colique, marqué surtout à la fosse iliaque gauche et au côlon descendant. L'intensité de ce ballonnement explique nettement l'acuité des douleurs accusées par la malade.

Etant donné l'histoire clinique et les constatations radiologiques nous proposons d'intervenir en réséquant le dolicho-sigmoïde. Cette intervention est acceptée. La malade est donc minutieusement préparée pendant 10 jours consécutifs, et nous l'opérons le 14 octobre 1935.

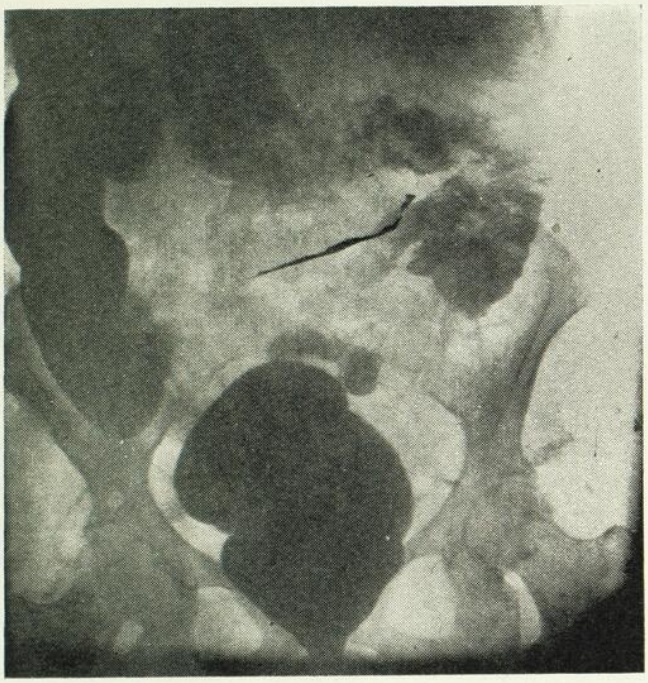


Fig. III. — Radiographie prise le 20 juillet 1936, neuf mois après la résection du dolicho-sigmoïde. Deux semaines avant la résection du dolicho-transverse. — Rapport radiologique: « Dolicho-transverse sans lésion organique visible. A la palpation sensibilité au creux épigastrique. »

Anesthésie à l'avertine complétée par des inhalations d'éther.

Incision: MacBurney gauche par dissociation.

Le sigmoïde se présente à l'incision et l'extériorisation en est facile. Lésions de mésentérite rétractile légère sur le méso-sigmoïde. Résection de l'anse sigmoïde dolicholisée sur une longueur de 41 centimètres, suivant la technique de Sénèque et Milhiet.

Les suites opératoires furent simples et sans incident. Selle le 10ème jour. Aucune fistule stercorale ne s'est produite. Guérison locale par première intention.

Depuis ce jour, la malade grandement améliorée, présente encore, mais de façon transitoire, des crises de coliques intestinales avec un peu de ballonnement épigastrique et sus-ombilical; mais sans ballonnement de la fosse iliaque gauche.

Ces crises douloureuses d'abord légères, deviennent de plus en plus fréquentes, accompagnées de ballonnement dans l'étage supérieur de l'abdomen, de reptations coliques, révélant les menaces de volvulus ou de torsion du transverse dolicholisé (fig. III). Devant cette aggravation et cette menace, nous pratiquons une nouvelle intervention le 5 août 1936.

Anesthésie: Avertine complétée par des inhalations d'éther.

Incision: Médiane sus et sous-ombilicale. A l'exploration, on constate un utérus sain; l'absence des annexes droites et de la trompe gauche et de l'appendice; l'ovaire droit est petit et scléro-kystique. Libération d'une adhérence lâche de l'extrémité inférieure de l'épiploon à la fosse iliaque gauche; et d'adhérences au niveau de la région vésiculaire et du foie; près de l'angle colique gauche à environ 15 centimètres de cet angle, il existe un rétrécissement du transverse dû à du tissu conjonctif (mésentérite rétractile) qui diminue le transverse d'environ la moitié de son calibre; ce tissu est sectionné et libéré aux ciseaux. Immédiatement en deçà de ce rétrécissement, et sur une longueur d'environ 14 pouces le transverse est très dilaté et rouge (siège des crises de sub-occlusion et de distension). Le méso-côlon à ce niveau ne présente aucune trace de mésentérite rétractile. Les matières fécales stagnant dans le cæcum et dans la moitié droite du transverse sont refoulées au delà de l'angle splénique. Décollement colo-épiploïque, résection du côlon transverse sur une longueur d'environ 40 centimètres, suture bout à bout, par le procédé de Robineau.

L'évolution post-opératoire ne comporta aucun incident notable. Aucun signe de réaction infectieuse péritonéale; guérison locale par première intention. Selle facile vers le 9e jour. Les douleurs abdominales réapparaissent encore cependant, nécessitant des injections répétées de narcotiques. Mais ces douleurs ne présentent plus le caractère de sub-occlusion; elles semblent plutôt de caractère spasmodique (fig. IV). Cette fois, les douleurs au lieu de se rapprocher, s'espacent dans le temps, et au lieu d'augmenter d'intensité, s'atténuent progressivement. Si bien, que la malade, lorsqu'elle n'enfreint pas les pres-

criptions médicales, reste de nombreux jours, voire des semaines entières sans souffrir.

Lors de sa mission scientifique à Montréal, M. le Professeur Chiray, a eu l'amabilité de venir voir et examiner avec nous cette malade.

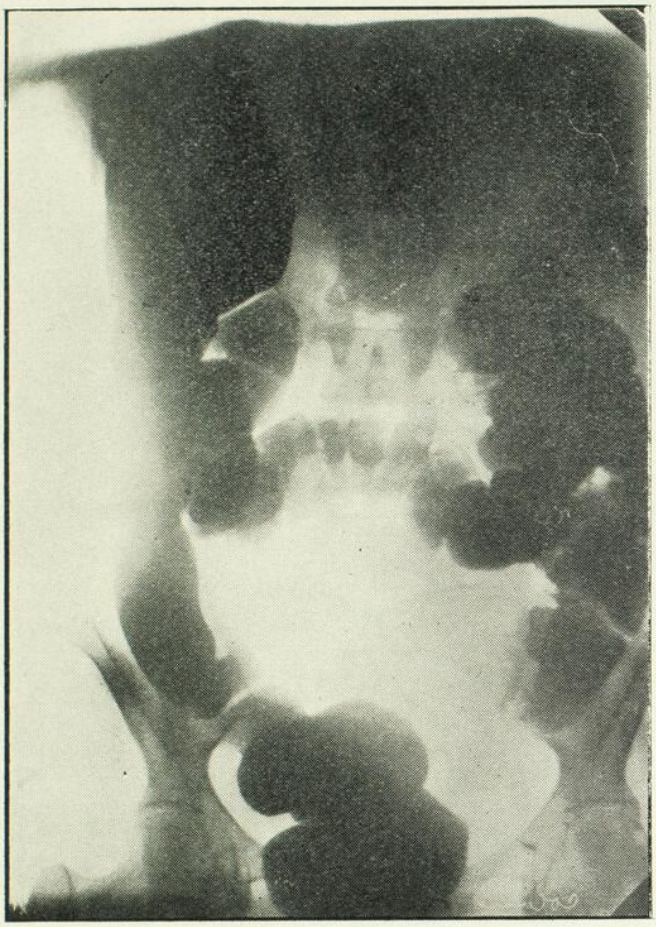


Fig. IV. — Radiographie prise le 8 septembre 1936. Quatre semaines après la résection du dolicho-transverse; un an après la résection du dolicho-sigmoïde. — Rapport radiologique: « Le lavement pénètre et progresse régulièrement dans tout le cadre colique jusqu'au cæcum. Aspect fragmentaire sur la radio, dû à une contraction intestinale au moment de la prise de la radio. Boucle de l'ascendant qui peut être aussi causée par une contraction. Un peu de baryte a reflué dans l'iléon. »

Il croirait volontiers à la guérison définitive de la malade, si elle possédait l'énergie requise pour suivre les recommandations de ses médecins, seules nécessaires actuellement, semble-t-il.

Le Professeur Chiray a conseillé notamment ce qui suit:

1° Garder le repos à l'hôpital pendant plusieurs mois.

2° Pendant ce temps, supprimer au maximum l'usage de tout toxique.

3° Faire tous les deux jours, une ampoule de 5 c.c. de Calcium Sandoz.

4° Pendant les 10 jours consécutifs, faire une injection quotidienne de Parathormone Lilly.

5° Pendant ce temps, recourir à la physiothérapie; le rayon-infra-rouge alterné avec diathermie.

6° Chaque matin à jeun, une dose de sous-nitrate de bismuth pur, allant de 5 à 15 grammes avec ou sans lait de magnésie de façon à assurer la cure bismuthée sans constipation. (Cette malade a présenté autrefois un B.W. positif.)

7° Après les repas, usage d'un mucilage: Saraka, etc.

8° Régime très surveillé; viande ou poisson frais.
Viande à l'anglaise.
Fromage frais ou cuit.
Fruits crus et cuits.
Eviter de façon absolue ce qui est fermenté, fumé, les graisses cuites, épices fortes, les crudités de toute nature sauf les fruits, les alcools et vins forts et restreindre le tabac le plus possible.

Mais cette malade, possède une hérédité pathologique psychique et physique marquée; son existence a été physiquement et moralement douloureuse; sa vie conjugale mouvementée; son caractère indiscipliné, peut difficilement résister aux impulsions les plus inattendues, malgré leurs conséquences désastreuses; aussi il lui est fort difficile de supprimer les toxiques divers, cigarettes innombrables, boissons alcoolisées, narcotiques à l'occasion, veilles accablantes.

Aussi si son avenir chirurgical semble rassurant et dégagé de toute perspective d'opération chirurgicale ultérieure, son avenir médical par contre, reste encore ponctué d'un point d'interrogation douloureux.

Remarques:

A notre sens, l'intérêt de cette observation, réside notamment dans les faits suivants: de la présence de lésions multiples, dont quelques-unes évoluèrent simultanément pendant un certain temps;

de la difficulté d'interprétation des symptômes attribuables à ces lésions simultanées ou successives; en effet, à une période donnée, cette malade souffrait à la fois, d'un dolicho-côlon (dolicho-sigmoïde et dolicho-transverse) d'une cholécystite calculeuse, de lésions annexielles, appendiculaires, et de périviscérite;

de la difficulté de se convaincre de la nécessité d'une résection successive d'un dolicho-sigmoïde et d'un dolicho-transverse, chez une malade déjà laparotomisée 3 fois en 5 ans.

La constipation opiniâtre, associée aux douleurs intolérables, les menaces de torsion ou de volvulus, ont commandé nos deux dernières interventions. Le mieux-être considérable ressenti dans la suite par la malade semble avoir justifié notre manière de voir et d'agir en l'occurrence.

CORPS ÉTRANGER DU DUODENUM[1]

Par Eugène DUFRESNE,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

J'ai pensé que l'observation qui suit pourrait vous intéresser et j'ai l'honneur de vous la présenter avec pièces et radios.

Mademoiselle V., 25 ans, démente précoce, état général médiocre, avait un caractère de vieille fille malgré sa jeunesse. Ce ne sont pas les années qui font les vieilles filles, c'est le caractère.

Vers le milieu d'août dernier, elle dit à son officière qu'elle a avalé différents objets, dont sa brosse à dents. Elle avait des vomissements à ce moment. La radiographie révèle qu'en effet elle avait dans le cæco-ascendant un corps étranger semblant avoir environ 2 pouces de longueur, mince et régulier, qui pouvait être la partie d'une brosse à dents visible à la radio I.

La présence d'un corps étranger avalé et parvenu au côlon ne présente aucun sujet d'inquiétude. Les détroits naturels sont doublés, et le corps étranger ne demande qu'à s'éliminer par la voie ordinaire.

Nous avons l'expérience de ces cas. La radio II fait voir des corps étrangers (manches de cuillers à soupe) plus longs et plus larges que celui de Melle V. On en a suivi la progression dans le côlon et ils en ont été évacués sans le moindre ennui.

La radio III montre d'autres corps étrangers avalés, plus larges et plus épais, un bouton, une épingle, deux semences et un petit soufflet que nous n'avons pas pu voir sans penser à l'histoire du montreur de marionnettes d'Alphonse Allais. Ils n'ont fait qu'un court séjour dans l'ampoule rectale et n'ont pas hésité à sortir après lavement.

Le cas de Mlle V. était banal, et je n'en ai même pas entendu parler.

Sur les entrefaites et par hasard, presque tout le personnel de la salle a été changé en peu de jours, et comme Mlle V. avait cessé de vomir, qu'elle ne se plaignait d'aucune douleur, l'histoire de sa brosse à dents fut oubliée.

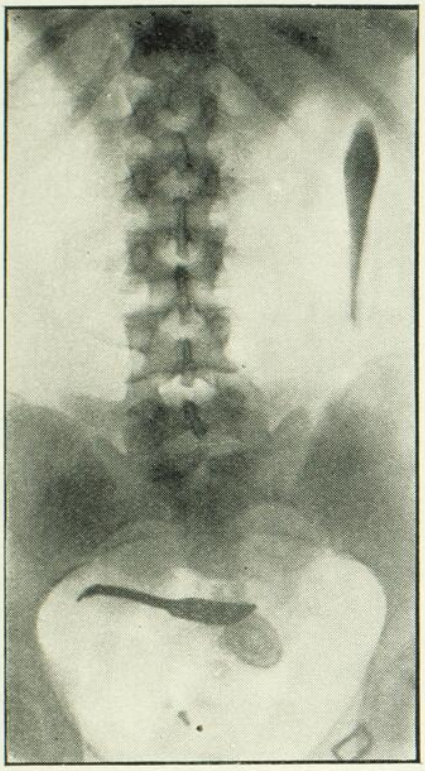
Peu après s'installa une diarrhée persistante accompagnée de perte d'appétit.

Le médecin de service pensa d'abord à une diarrhée estivale tenace, puis à une forme quelconque d'entérite, puis enfin à une tuberculose de l'intestin. La malade s'amaigrissait, s'affaiblissait, se desséchait, malgré des sérums répétés, mais restait sans température et sans vomissements. En désespoir de cause, on demande une nouvelle radio, et, le 18 décembre, nous sommes tous surpris de voir le corps étranger toujours à peu près à la même place. Le radiologue a vite fait de le localiser dans le duodénum, et l'intervention est faite quelques jours plus tard, après avoir essayé d'hydrater la malade, qui en avait grandement besoin.

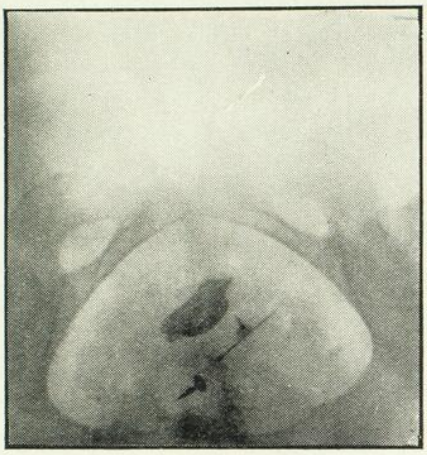
L'examen clinique était négatif, la pression profonde sur l'abdomen ne causait aucune douleur, mais il ne faut pas oublier que la sensibilité est souvent fort diminuée chez les malades mentaux. Elle était si amaigrie

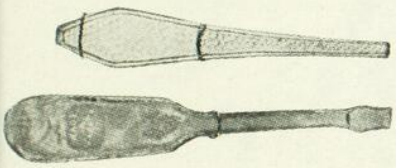
---

(1) Communication faite à la Société de Chirurgie de Montréal, séance de février 1937.



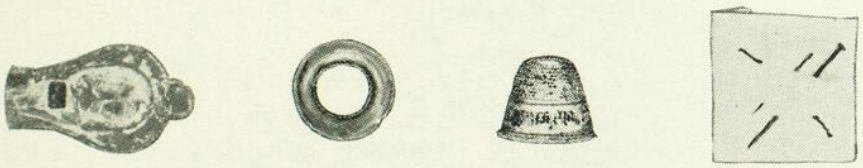
La radio. No 1 était trop pâle pour être reproduite.





26765. — Deux manches de cuillers, avalés et expulsés spontanément, après trois jours.

27608. — « Brosse à dents complète, dans duodénum. » — Extraction par le pylore, en passant par l'estomac. Gastrotomie.



27354. — Corps étrangers avalés et expulsés par l'intestin.

et avait un ventre si déprimé que j'étais surpris de ne pas sentir le corps étranger à travers la paroi.

Intervention le 24 décembre. Anesthésie: le Dr Paul Décary. Aide: le Dr Attendu. La brosse à dents est vite perçue dans le duodénum, lequel avait une forme un peu particulière. La 1ère et la 2e portion formaient un angle aigu qui coiffait l'extrémité-manche de la brosse et l'empêchait de revenir dans l'estomac. La 2e et la 3e formaient un autre angle aigu dont le sommet atteignait la ligne bi-iliaque, et notre brosse se trouvait emprisonnée dans la 2e portion, ne pouvant ni avancer ni reculer. Elle était mobile sur place et il n'y avait pas la moindre trace de périviscérite.

J'ai essayé avec douceur de la refouler dans l'estomac sans y réussir. Je n'ai pas insisté; cette partie du tube digestif, plus encore que les autres, demande d'être traitée délicatement. J'ai fait une gastrotomie et la pince guidée par mon doigt à travers le pylore l'a extraite avec la plus grande facilité. La brosse, en celluloïde, a 5 pouces de longueur. Guérison retardée par un hématome suppuré de la paroi.

La diarrhée est disparue après quelques jours. La malade mange comme quatre et son état général est meilleur qu'avant l'ingestion de son corps étranger.

Les cas de corps étrangers emprisonnés dans le duodénum sont très rares. M. Gosset, *in* « Précis de Pathologie chirurgicale », 1920, cite Jeannel qui en aurait relaté sept.

Pourquoi certains objets traversent-ils cette partie de l'intestin quand d'autres sensiblement de même longueur y séjournent? Testut nous en donne la raison: C'est que la forme du duodénum est variable. Tantôt les trois portions s'unissent en forme de fer à cheval tantôt en forme de V. Il est évident que certains objets pourront passer dans le fer à cheval et seront arrêtés dans le V.

J'ai été surpris de trouver l'intestin apparemment sain, sans réaction inflammatoire, sans induration aux points de contact du corps étranger. Gosset dit que l'avenir des corps étrangers du duodénum est mal connu. C'est facile à croire puisqu'on n'avait pu en colliger que sept cas en 1920.

Chez ma malade, c'était l'état général qui souffrait. La diarrhée ne semblait pas être la manifestation d'une entérite; les selles étaient jaunes, claires et fréquentes et devaient plutôt être le fait d'une exagération des mouvements péristaltiques d'un duodénum qui cherchait à se débarrasser d'un objet qui le taquinait, mouvements qui se propageaient au reste du tube digestif.

Et pourtant, pendant les quatre mois qu'a duré l'incarcération, toute la noire série des complications « logiques » dont parlent les auteurs: ulcération, perforation, péritonite enkystée ou généralisée, ont bien eu le temps de se produire. C'est encore un cas où la logique et le fait sont en contradiction, et c'est le fait qui a raison.

PETITE CLINIQUE

NEURINOME DE LA QUEUE DE CHEVAL. SYNDROME DE SCIATIQUE SÉVÈRE ET TENACE. FORME FRUSTE DE LA MALADIE DE RECKLINGHAUSEN.

Par Roma AMYOT,
Médecin à l'hôpital Notre-Dame.

Von Recklinghausen signala, en 1882, la présence, chez certains sujets, de nombreuses tumeurs sous-cutanées. Il découvrit que ces tumeurs se développaient sur le trajet des nerfs qui innervent le derme et crut qu'elles se formaient aux dépens de la charpente conjonctive de ces nerfs (endonèvre, périnèvre).

Pierre Marie et son élève, Landowski, en 1894, ajoutèrent, aux tumeurs sous-cutanées de la maladie de Recklinghausen, les taches pigmentaires de la peau et des tumeurs pédiculées du tégument : les « molluscum ».

A cette triade symptomatique, Crouzon (1922) contribua à joindre le névrome plexiforme que Verneuil avait observé et étudié en 1857.

Pierre Marie avec Branca puis Couvelaire (1900) démontra que des tumeurs de mêmes caractères histologiques pouvaient aussi apparaître sur les nerfs des viscères appartenant au système sympathique.

Puis des travaux de nombreux auteurs ont intégré dans les cadres déjà élargis de la maladie, associés ou non aux manifestations cutanées ou périphériques typiques, certains processus tumoraux évoluant, soit sur les racines rachidiennes, sur les nerfs craniens (surtout le nerf auditif : Cushing, Henschen, Gardner et Frazier, Roger et Allais), sur les méninges molles, soit au sein même de l'axe cérébro-spinal.

Certains auteurs ont même rencontré des cas, rares il est vrai, où le processus était disséminé aux nerfs périphériques, aux méninges,

aux racines rachidiennes et craniennes, aux centres cérébro-spinaux. Ces cas représentent les formes dites généralisées de la maladie. Ailleurs, les lésions tumorales n'existent que dans les centres, ou que sur les racines rachidiennes et les paires craniennes, ou qu'aux méninges molles, n'étant, d'autre part, que très discrètement réparties au tégument et n'étant accompagnées que de très parcimonieux « nævi » et taches pigmentaires de la peau. Ce sont les formes dites frustes ou dissociés.

Cette vaste synthèse qui dépasse considérablement la description initiale de Recklinghausen a été faite grâce à l'adjonction de conceptions nouvelles concernant l'étiologie, l'anatomo-pathologie et l'histogénèse des tumeurs nerveuses de cette maladie. Elle a été édifiée aussi par la confrontation d'un nombre étendu d'observations dans lesquelles des symptômes typiques de la maladie coexistaient, chez le même sujet ou sur des membres différents d'une même famille, avec des processus d'histologie semblable, mais à localisation rare, inusitée, centrale et se formant sur des tissus de même origine embryologique que ceux sur lesquels croissent les lésions tumorales périphériques.

Ainsi, la notion d'hérédité et de familiarité de la maladie, établie vers 1910, a permis d'intégrer dans les mêmes cadres nosologiques des formes atypiques et centrales de certains malades qui appartenaient à des familles atteintes indéniablement de la maladie de Recklinghausen.

Les travaux de Nageotte (1922) ont imposé la conception que la gaine de Schwann de la fibre nerveuse constitue un tissu névroglique périphérique.

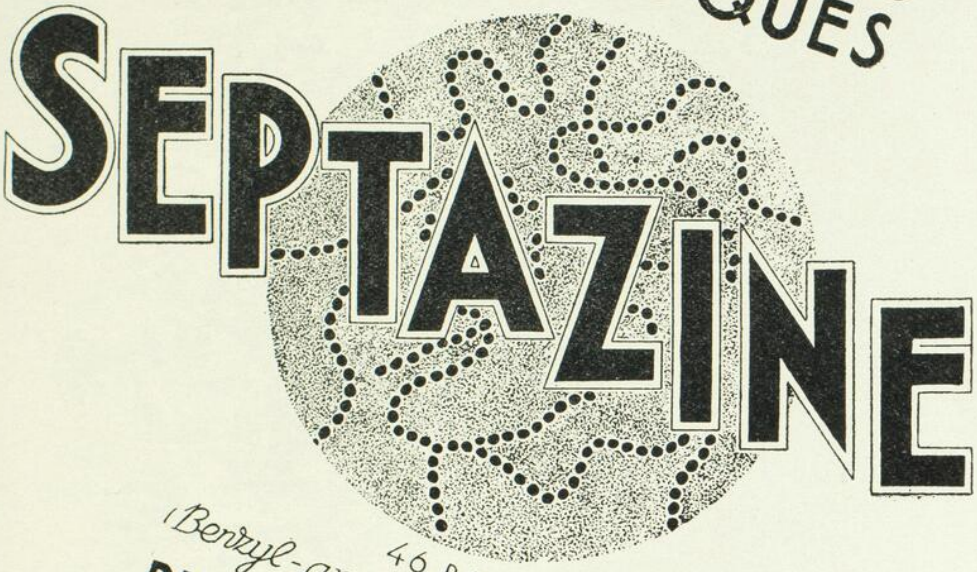
Ceux d'Oberling (1923), de Masson, de Roussy et Cornil ont montré que les méninges molles avaient une origine ectodermique et que leurs éléments cellulaires devaient être considérées comme l'équivalent de la trame névroglique des centres nerveux. .

Bard (1885), Durante, Verocay (1908) et surtout plus récemment Pierre Masson ont contribué à faire admettre presque unanimement que les tumeurs des nerfs de la maladie de Recklinghausen n'avaient pas une origine conjonctive, comme le croyait Recklinghausen, comme le pensent Mallory et Penfield, mais qu'elles naissent et croissent aux dépens du tissu schwannien de la fibre nerveuse, c'est-à-dire de la gaine de Schwann qui est de la névroglie périphérique.

Ces tumeurs constituent de véritables schwannomes et sont en définitive des gliomes périphériques.

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES INFECTIONS À STREPTOCOQUES

par voie buccale



46. R.P

(Benzyl-amino-benzène-sulfamide)

PRODUIT INCOLORE
INODORE INSIPIDE

Comprimés à 0gr50 (Tubes de 20)

MÉDICATION NON TOXIQUE
BIEN TOLÉRÉE PAR L'APPAREIL DIGESTIF

LABORATOIRES POULENC FRÈRES DU CANADA, LTÉE
350 RUE LE MOYNE MONTRÉAL

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES MONTRÉAL

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

WYETH
ANNONCE
"AMPHOJEL"

Une thérapeutique tout a fait nouvelle pour le traitement de l'hyperacidité gastrique.

« **AMPHOJEL** » est une suspension colloïdale d'hydrate d'alumine, agréable au goût, pouvant neutraliser plus de 12 fois son volume d'une solution N/10 HCL (réactif Toepfer).

« **AMPHOJEL** » (pH 6.9) ne peut causer une augmentation secondaire de la sécrétion acide, parce qu'il ne crée aucun état anormal d'alcalinité du tube digestif.

« **AMPHOJEL** » est amphotère (réaction indifférente), par conséquent peut neutraliser l'acidité et ne dérange aucunement l'équilibre acido-base normal du sang et des tissus.

« **AMPHOJEL** » est un antacide entièrement nouveau. Il ne peut causer une augmentation secondaire de la sécrétion acide — d'alcalinité gastrique ou d'alcalose.

Echantillons et littérature envoyés sur demande.

JOHN WYETH AND BROTHER INC., Walkerville, Ont.

Pierre Masson (1926), adoptant l'hypothèse de Soldam (1899) et la solidifiant magistralement, d'une part, par des travaux d'histopathologie, d'autre part, par une brillante interprétation synthétique de ceux-ci, aboutit à cette conclusion: les nævi et les taches pigmentaires de la peau sont liés à une perturbation des mélanophores cutanés (d'origine neuro-ectodermique) et sont la conséquence immédiate d'une croissance tumorale d'éléments différentiés du syncitium de Schwann des terminaisons nerveuses.

Ces diverses et très importantes conceptions histogénétiques, groupant en un seul faisceau embryogénique, la névroglie des centres, les méningoblastes des méninges molles et la gaine de Schwann des nerfs, couplées à la doctrine de l'origine névroglique des « nævi » ou des taches pigmentaires et des tumeurs sous-cutanées de la maladie de Recklinghausen, ne pouvaient que renforcer, par un apport scientifique puissant, l'édification de la vaste synthèse nosologique, à cadres très élargis, que la clinique s'était efforcée et s'efforce encore d'effectuer.

Car, elle ne s'est pas arrêtée en aussi fertiles efforts.

Elle avait déjà accepté certaines formes frustes de la maladie ne se solidarisant que par de la pigmentation cutanée (dermatose pigmentaire de Chauffard). Elle a tendance maintenant à inclure dans le même groupe certaines tumeurs des glandes endocrines, surtout des endocrines qui contiennent des cellules d'origine franchement neuro-ectodermique, comme la surrénale. Certains auteurs (Bielschowski, Globus et Strauss), en passant par la maladie de Bourneville, y font entrer des formes de gliomes cérébraux (spongioblastomes).

Enfin, depuis quelques années, on a tenté de réunir à la maladie de Recklinghausen, la maladie de Bourneville (1880) ou sclérose tubéreuse du cerveau, la maladie de Von Hippel (1903) ou angiomatose rétinienne, la maladie de Lindau (1926) ou angiomatose des centres nerveux (rétinienne et cérébelleuse) associée à des tumeurs kystiques viscérales (pancréas, reins, surrénales, ovaires). Des aspects histopathologiques réciproques et de liaison, des symptômes communs, des arguments d'histogénèse neuro-ectodermique et d'étiologie hérédo-familiale similaires ont imposé ce rapprochement à l'esprit de certains auteurs neurologistes et neuro-histologistes. Cet apport nouveau au groupement déjà considérable est surtout dû à Van der Hoeve (1925) qui découvrit dans les trois maladies héréditaires et familiales (Recklinghausen, Bourneville et Lindau) l'existence de tumeurs rétiniennes analogues. Il les unifia sous la dénomination

générique de « phacomatoses », les singularisant par la présence, chez les trois, de taches ou nævi pigmentaires, souvent héréditaires et familiaux, localisés à différents points du corps humain et à différents organes. Rappelons que Roger avait, il y a dix ans, appliqué aux éléments de la synthèse opérée alors, le vocable de « neuroectodermones ».

Et il se trouve que ces trois maladies deviennent liées les unes aux autres par différents facteurs communs : 1) Des *tumeurs cutanées* de type neuro-fibromateux (Recklinghausen) et du type nævique (Recklinghausen et Bourneville) ; ces deux types de tumeurs, encore une fois, représentent la formation histogénétique d'un gliome périphérique ; 2) des *tumeurs des centres nerveux,* rencontrées dans les trois maladies ; 3) des *tumeurs rétiniennes* que l'on peut trouver dans les trois maladies.

Les tumeurs des centres nerveux et de la rétine possèdent une texture histologique mixte : le tissu néoplasique est à la fois gliomateux et angiomateux. Les histologistes ne sont pas catégoriques quant à la signification et l'importance de l'élément angiomateux associée. Serait-ce que le processus gliomateux primitivement exubérant déclanchât la croissance anormale du tissu vasculaire ?

Serait-ce plutôt que le tissu mésenchymateux participât conjointement et parallèlement à l'efflorescence tumorale ? La première conception semblerait plus simple, plus élégante et plus conforme à la doctrine d'unification histogénétique de toutes ces tumeurs du système nerveux central et périphérique. A tout événement, il semble bien que tous ces phénomènes relèvent d'anomalies du développement embryonnaire du tissu neuro-ectodermique. Ce sont des dysplasies.

Nous avons observé récemment un malade qui offre un exemple assez démonstratif d'une des formes dissociées de la maladie de Von Recklinghausen. Elle ne s'y manifestait que par le développement cliniquement consécutif, peut-être histologiquement simultané, de trois neurinomes périphériques dont un sur une racine de la queue de cheval, par une dissémination tégumentaire discrète de « nævi » et de tumeurs cutanés. Le neurinome de la queue de cheval avait créé une sciatique rebelle à droite. C'est à l'occasion de ce syndrome que nous fûmes amené à étudier le malade et à le faire opérer par le docteur Cone. Nous remercions ce dernier du service qu'il rendit à notre malade et de l'amabilité avec laquelle il a bien voulu collaborer avec nous.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS

Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau
Forme ampoule-Forme sirop

SYNDROMES ANÉMIQUES

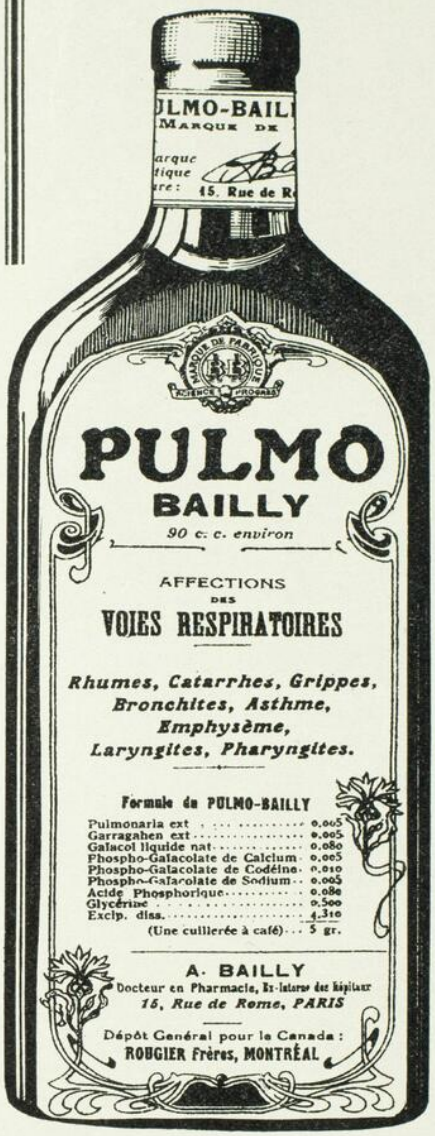
DESCHIENS, 9, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 350, RUE LEMOINE MONTRÉAL (CANADA)

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

PULMO-BAILLY

BASE ACTIVE DE COMPOSITION ET D'ACTION DÉFINIES ET CONSTANTES :

PHOSPHO-GAÏACOLATE DE CODEÏNE



LES TOUX, RHUMES ET CATARRHES SAISONNIERS relèvent d'une réaction et d'une infection des voies respiratoires qu'il faut localiser et supprimer.

LES TOUX PERSISTANTES DE LA BELLE SAISON, témoignent de lésions chroniques broncho-pulmonaires qu'il faut cicatriser.

LE PULMO-BAILLY

PAR L'IMPRÉGNATION ANTISEPTIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES :

S'OPPOSE à l'extension et **COMBAT** l'infection, **DECONGESTIONNE** la muqueuse, **MODIFIE** les secrétions, **SUPPRIME** la toux et l'expectoration.

PAR SON PHOSPHORE ORGANIQUE DIRECTEMENT ASSIMILABLE :

EXALTE les réactions de défense de l'organisme et les fonctions de nutrition.

LE PULMO-BAILLY

EST LA MÉDICATION COMPLÈTE DE BASE DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET DES INFECTIONS GRIPPALES.

1 CUILLER A CAFÉ AU MILIEU DES REPAS

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII·

Agents exclusifs: ROUGIER FRERES, 350 rue Le Moyne, Montréal.

OBSERVATION:

M. J.-O. B... 36 ans, comptable, est hospitalisé à Notre-Dame le 27 juillet 1936 pour *algie du membre inférieur droit.*

Il y a dix ans, exérèse d'une petite tumeur du volume d'une cerise, située sous la peau du mollet droit. Cette exérèse avait fait disparaître une douleur locale persistant depuis 2 à 3 semaines.

Depuis trois ans, jusqu'à l'automne 1935, le malade ressentait une douleur au membre inférieur droit, qui le faisait souffrir surtout durant la nuit. Cette douleur n'entrava pas son travail et ne provoquait pas de boiterie. Elle occupa diverses régions du membre selon des périodes de temps plus ou moins longues. A l'automne 1935, la douleur s'exacerba au point d'entraver complètement le sommeil. Elle s'était fixée alors à la face externe de la jambe et à la cheville du pied; elle irradiait vers la face postérieure de la cuisse jusqu'à la fesse droite.

Ablation d'une seconde petite tumeur sous-cutanée du mollet droit, localisée au même niveau que la situation occupée par la première et à trois travers de doigts plus en dedans. Cette tumeur, enlevée à Notre-Dame, fut identifiée par le Prof. Masson comme étant un neurinome ou gliome périphérique, type Recklinghausen. Contrairement à la première expérience chirurgicale, la douleur persista et même s'accentua progressivement durant les semaines qui suivirent.

En juillet 1936, la douleur se diffusa vers la région lombo-sacrée droite avec contracture des masses musculaires para-vertébrales. Le malade fut alors obligé d'abandonner toute activité, s'immobilisa au lit et fut hospitalisé à l'hôpital Notre-Dame, dans le service de chirurgie.

De juillet à la date de l'opération curative, le malade demeura étendu sur son côté gauche. De vagues douleurs se montrèrent aussi au membre inférieur gauche. C'est après deux tentatives de ponction lombaire au niveau classique et l'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien que la douleur du membre inf. gauche devint excruciante.

Durant les 58 jours d'hospitalisation en chirurgie, le malade subit trois injections épidurales et trois injections para-vertébrales d'eau distillée novocaïnée et nupercaïnée. On lui institua aussi un traitement radiothérapique sur la région lombo-sacrée. Aucun succès.

Examen.

A la demande des chirurgiens, nous examinâmes le malade, le 17 juillet 1936.

Malade immobilisé au lit, sur son côté gauche.

Le moindre mouvement ou déplacement du malade fait naître une douleur intolérable à la région lombo-sacrée et au membre inf. droit, une algie plus légère au membre inf. gauche.

« *Nœvi* » *pigmentaires et petites tumeurs cutanées*, mais qui n'attirent l'attention que si l'esprit est prévenu de leur signification.

Escarre du tégument sus-jacent à la crête iliaque gauche.

Ensellure lombaire exagérée. Rigidité vertébrale, par contracture musculaire.

Atrophie musculaire de tout le membre inf. droit.

Pression sur masse para-vertébrale droite au niveau des 4ème et 5ème vertèbres lombaires, sur le crural droit à l'aine est très douloureuse.

Le réflexe achilléen droit est plus faible que le gauche. Les réflexes rotuliens sont symétriques. Les réflexes plantaires sont normaux.

Pas de modifications objectives des sensibilités. Pas de troubles sphinctériens.

Ponction lombaire et liquide céphalo-rachidien: — Deux tentatives de ponction lombaire entre la 4ème et la 5ème lombaires furent infructueuses et provoquèrent chacune une *douleur fulgurante formidable sillonnant les deux membres inférieurs.* (Contact de l'aiguille avec les racines refoulées par la tumeur.)

Ponction, entre la 11ème et la 12ème dorsales, (au-dessus de la tumeur) donne une pression de 15 cent. (malade couché) et un liquide limpide. La composition et les réactions biologiques de ce liquide furent normales.

Lipiodol sous-arachnoïdien: — Lipiodol lourd (2 c.c.) injecté entre la

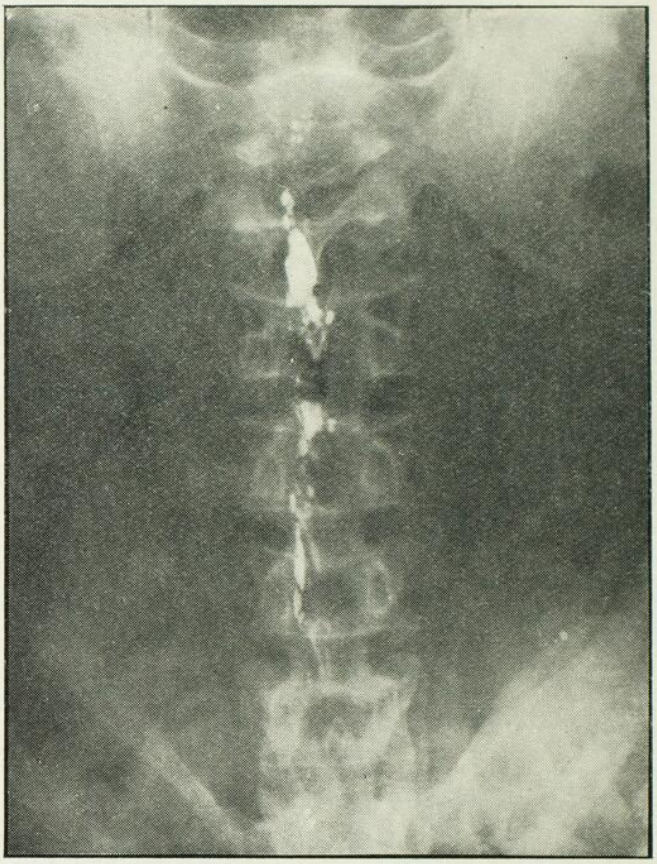


Fig. 1. — *Radiographie antéro-postérieure de la colonne lombaire.*
Lipiodol lourd injecté dans l'espace sous-arachnoïdien entre la onzième et la douzième vertèbre dorsale. Malade sur table basculante, tête déclive. Le lipiodol a dépassé partiellement la tumeur dans sa progression vers le cul-de-sac. Dans sa progression vers la tête déclive, le lipiodol sous-tumoral bute sur le pôle inférieur de la tumeur, au tiers inférieur de la 4e lombaire.
Sacralisation de la 5e lombaire. Spina bifida occulta de la 1ère pièce sacrée. (Mtl. Neurological Institute.)

11ème et la 12ème dorsales, progressa normalement jusqu'au milieu de l'espace entre la 3ème et la 4ème lombaires où il s'arrêta partiellement et prit l'aspect de « bonnet phrygien ». Le lipiodol ayant dépassé en grande partie l'obstacle à ce niveau, le malade fut replacé sur la table radiographique (Mtl Neurological Institute), la tête en position déclive: la bille lipiodolée progressa de bas en haut et vint buter sur le pôle inf. de l'obstacle, *le diamètre vertical de cet obstacle s'étendant de l'espace entre les 3ème et 4ème lombaires jusqu'au milieu du corps de la 4ème lombaire.* (Voir les clichés 1 et 2 qui montrent aussi « spina bifida occulta » de la première pièce sacrée et la sacralisation de la 5ème vertèbre lombaire.)

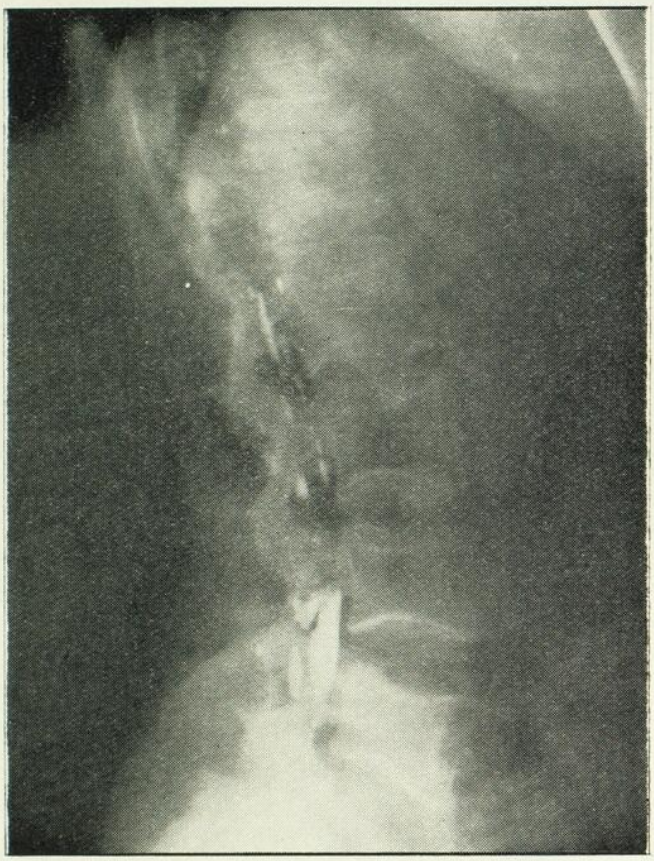


Fig. 2. — *Radiographie en incidence latérale de la colonne lombaire.* Même position du malade. Lipiodol vers la tête bute sur le pôle inférieur de la tumeur.

Traitement.

Le docteur W. Cone du « Montreal Neurological Institute » enleva, le 24 septembre 1936, un neurinome (fibro-gliome à *type Recklinghausen*) attaché à la 4ème racine motrice lombaire. Neurinome sous-dural. Guérison complète et immédiate.

Commentaires

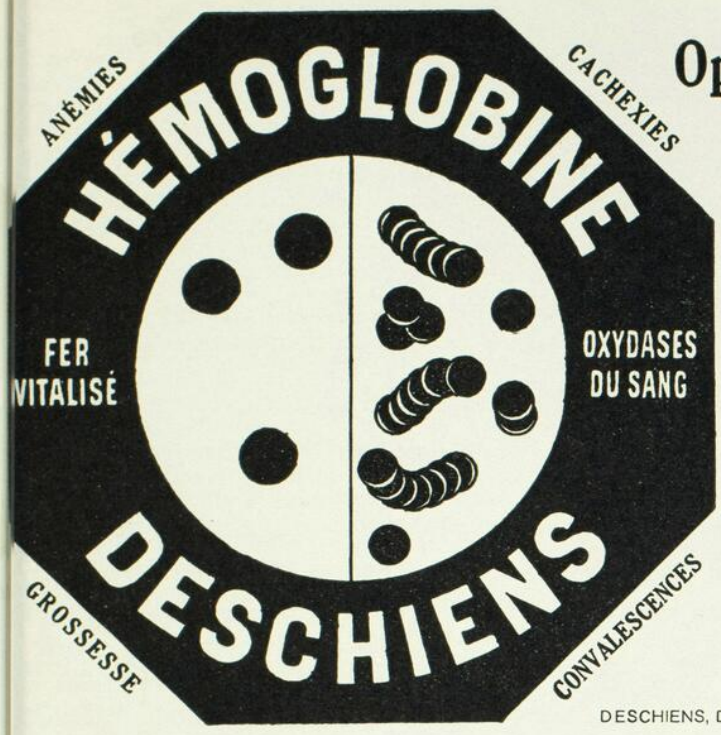
1) La constatation de petites taches pigmentaires sur la peau et de petites tumeurs, l'anamnèse de deux tumeurs sous-cutanées enlevées antérieurement, dont une histologiquement reconnue comme étant un gliome périphérique du type Recklinghausen, nous inclinèrent à croire que l'obstacle indiqué par l'arrêt du lipiodol était, non seulement une tumeur de la queue de cheval, mais que cette tumeur était un neurimone ou gliome périphérique.

Nous avions donc affaire à un type dissocié de la maladie de Recklinghausen, puisque nous trouvions, chez le malade, l'existence de trois gliomes périphériques (pour nous, le gliome de la queue de cheval est un gliome périphérique, tout en étant sous-dural), de petites tumeurs cutanées et de nævi pigmentaires à dissémination discrète. Les symptômes typiques de la maladie étaient très effacés; le gliome radiculaire et les deux tronculaires dominaient le syndrome.

Des cas semblables ont été rapportés. Ils sont assez nombreux dans la littérature médicale. Nous en avons publié une observation dans « *l'Union Médicale du Canada* », en 1934. Il s'agissait d'un gliome radiculaire et d'un méningiome adjacent comprimant tous deux la moelle cervicale et créant, de ce chef, une quadriplégie. Cette malade quadriplégiée avait, en plus, de petits « nævi » pigmentaires du revêtement cutané. Elle fut opérée avec succès complet par le docteur Penfield.

2) *Les tumeurs de la queue de cheval* produisent, dès le début de leur évolution, presque systématiquement des douleurs lombo-sacrées et des algies, sinon aux deux membres inférieurs, du moins à l'un ou à l'autre. Quoiqu'il en soit, tôt ou tard, les deux finissent par être investis de la douleur.

La raideur de la colonne est habituelle. Elle est due à la contraction des muscles sacro-lombaires. Cette raideur peut, si la tumeur évolue pendant des années, se transformer en fixité définitive par ankylose vertébrale et s'accompagner d'ostéoporose des vertèbres et de déviation pathologique irréductible du rachis. C'était le fait d'une volumineuse tumeur (neurinome), croissant depuis une quinzaine d'années, dans la région de la queue de cheval d'une malade que nous avons observée et dont nous présentâmes l'observation, en 1933, à la Société de Neurologie de Paris. Ces formes de tumeurs intrarachidiennes avec troubles trophiques, rigidité hyperalgique et déviation fixée de la colonne vertébrale sont dites pseudo-pottiques. Leur syndrome clinique s'apparente étroitement à l'ensemble des symptômes vertébraux et algiques que crée le mal de Pott sans signes radiologiques



Opothérapie Hématique *Totale*

SIROP de
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Dr en Phie, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8e)

Représentant : ROUGIER, 350, Rue Lemoine - MONTRÉAL (Canada)

PIPÉRAZINE
MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 cuillerées à café par jour.

LABORATOIRES MIDY, 67 Avenue de Wagram, Paris, 17e. J. EDDE, Ltée, Montréal, Agent.

EMMÉNINE

EMMÉNINE

EMMÉNINE

EMMÉNINE

LIQUIDE
et
COMPRIMÉS

pendant la ménopause

Des observations cliniques ont montré la valeur de l'Emménine dans le traitement des symptômes de la ménopause. On a publié de nombreux comptes rendus ayant trait à cette condition et il est intéressant de remarquer que l'Emménine s'est montrée efficace dans les troubles ménopausiques les plus accentués, tels que bouffées de chaleur, irritation et fatigabilité. L'Emménine étant active « per os » présente un avantage marqué dans les cas où l'on ne peut instituer un traitement par voie parentérale sans causer une réaction défavorable.

dans la dysménorrhée

Dans cette condition lorsque le traitement doit être continué pendant plusieurs périodes intermenstruelles, la facilité d'administration de la préparation employée devient un facteur important. Comme dans le traitement des symptômes de la ménopause, l'Emménine, de son activité par voie buccale, présente un mode d'administration simple. Règle générale, un traitement de trois mois est nécessaire pour obtenir des résultats d'une nature permanente.

dans la migraine

Il semble être établi qu'il existe un rapport entre la migraine qui coïncide avec l'apparition des règles et le fonctionnement ovarien. Plusieurs cliniciens ont remarqué que les substances œstrogènes corrigent le déséquilibre hormonal entre l'hypophyse et les ovaires, résultant dans un soulagement de la migraine. Les meilleurs résultats sont obtenus lorsque l'Emménine est administrée pendant la période intermenstruelle entière et, si nécessaire, on poursuivra le traitement le mois suivant.

. . . l'hormone œstrogène active « per os » est préparée et standardisée biologiquement d'après la méthode du Dr J. B. Collip et est présentée avec l'approbation du Laboratoire de Biochimie de l'Université McGill.
L'Emménine Liquide est présentée en bouteilles de quatre onces.
Les Comprimés d'Emménine en bouteilles de 42.

AYERST, McKENNA & HARRISON, Ltée

Biologistes et Pharmaciens

Montréal Canada

visibles. Elles ont été mentionnées particulièrement par Sicard et par Vincent et leurs collaborateurs, par Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine, par Bériel.

L'algie lombo-sacrée à irradiation inférieure prend habituellement, au début, l'aspect d'un vulgaire lumbago et d'une sciatique banale. Mais, la tenacité irréductible de la douleur, l'apparition ultérieure de douleurs du côté opposé à celui qui fut primitivement envahi, des modifications appréciables dans le régime des réflexes tendineux et de la sensibilité objective des membres inférieurs, l'apparition de troubles sphinctériens, l'atrophie musculaire à disposition plus ou moins capricieuse selon les groupes de muscles et les segments de membres, doivent immanquablement porter à suspecter et même admettre la présence d'une lésion progressive intrarachidienne. Toutefois, les troubles sphinctériens et les altérations objectives des sensibilités n'accompagnent pas toujours les tumeurs de la queue de cheval, même quand elles sont volumineuses et anciennes.

Ajoutons que le « spina bifida occulta » sacré et la sacralisation de la cinquième lombaire offraient une perfide tentation à attribuer, sans plus chercher, la sciatalgie de notre malade à ces anomalies vertébrales et à un trouble secondaire de la statique rachidienne. Il faut approfondir chaque cas de sciatique et lui appliquer un traitement adéquat à la cause et la pathogénie admises.

3) Le lipiodol, dans notre cas, nous a été très utile. Il nous a objectivé la présence du facteur de compression, que nous soupçonnions. Auparavant, les deux ponctions lombaires blanches au niveau classique, qui avaient déclanché la douleur fulgurante dans les deux membres inférieurs, avaient renforcé manifestement notre impression clinique. D'autre part, elles ne purent pas nous renseigner sur la qualité de l'épreuve de Queckensetd, sur l'aspect, la composition et les réactions biologiques du liquide sous-tumoral. Ce liquide est le plus souvent, dans le cas de blocage sous-arachnoïdien bas situé, hyperalbumineux sans hypercytose (dissociation albumino-cytologique de Nonne, de Sicard et Foix), très souvent xanthochromique avec tendance à la coagulation rapide (syndrome de Froin). Le liquide immédiatement sus-tumoral présente aussi quelquefois la même dissociation et la même xanthochromie (Cushing, Guillain.), ce qui n'était pas le cas ici.

4) L'ablation de la tumeur a radicalement guéri le malade de sa rachialgie et de sa sciatique. Nous ne pouvons pas assuré qu'il n'aura pas dans l'avenir d'autres tumeurs de ses nerfs. Encore une fois, il

est porteur d'une maladie dont la caractéristique est d'induire la formation de telles tumeurs. Il est donc possible, qu'un jour ou l'autre, le malade soit pris d'autres phénomènes cliniques liés à une lésion tumorale située ailleurs. Une telle éventualité n'est pas forcément inévitable. Elle dépend uniquement des caprices imprévisibles de l'embryogénèse de ses nerfs. Nous pouvons cependant affirmer qu'avec l'âge, la possibilité s'affaiblira; les neurinomes, la gliomatose de Recklinghausen se montrent, soit avec les signes classiques, dès la naissance ou tôt durant la vie, soit, dans les formes atypiques et frustes, durant le cours des quatre premières décades de l'existence.

Conclusion

A) Exposé en raccourci de l'historique de la grande synthèse anatomo-clinique des neuro-ectodermomes ou des phacomatoses, en partant de la neuro-fibromatose de Von Recklinghausen.

B) Observation d'un cas fruste ou dissocié de la maladie de Recklinghausen, au cours de laquelle un neurinome radiculaire de la queue de cheval avait créé un syndrome de sciatique unilatéral.

C) Commentaires portant sur le diagnostic étiologique du syndrome du malade, sur certaines particularités symptomatiques des tumeurs de la queue de cheval, sur l'importance du lipiodol sous-arachnoïdien et du complexe liquidien en vue du diagnostic des compressions radiculo-médullaires, sur le pronostic à porter eu égard à l'avenir de ce malade.

BIBLIOGRAPHIE

J.-N. PERON. — « Syndrome des nerfs de la queue de cheval. » *Thèse de Paris*, 1926.

P. MASSON. — « Les nævi pigmentaires, tumeurs nerveuses. » *Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale, médico-chirurgicale*: 5; p. 417; mai 1926.

L. CORNIL, P. MICHON. — « Les formes spinales de la maladie de Recklinghausen. » *L'Encéphale*: 9; p. 765; nov. 1929.

O. CROUZON. — « Le névrome plexiforme et la maladie de Recklinghausen. » *Le Monde Médical*: 602; p. 277; 1 mai 1922.

P. MASSON. — « Histogénèse des neurofibromes cutanés diffus. » *Bull. Franç. Dermat. Syph.*: 7; juillet 1935.

P. MASSON. — « Experimental and spontaneous schwannomas. » *Am. Journ. Pathology*: VIII; 4; p. 367; juillet 1932.

Wilder PENFIELD, Arthur YOUNG. — « The nature of Von Recklinghausen's disease and the tumors associated with it. » *Arch. Neur. Psy.*: 23; p. 320; fév. 1930.

Ludo Van BOGAERT. — « Les dysplasies neuro-ectodermiques congénitales. » *Rev. Neur.*: T. I; p. 353; mars 1935.

J. H. GLOBUS. — « Neurinome central associé à une sclérose tubéreuse. » *Rev. Neur.*: T. II; p. 1; juillet 1933.

L. CORNIL, P. KISSEL, A. BEAU, J. ALLIEZ. — « Les formes généralisées et dissociées de la maladie de Recklinghausen. » *La Presse Méd.*: 102; p. 2077; 23 déc. 1933.

Henri ROGER et J. ALLIEZ. — « Les neuro-ectodermomes. Neurofibromatose de Recklinghausen périphérique et centrale, sclérose tubéreuse de Bourneville avec adénomes sébacés de la face, angiomatose cérébrorétinienne de Lindau. » *La Presse Méd.*: 104; p. 2113; 28 déc. 1935.

Henri ROGER et J. ALLIEZ. — « La forme familiale et héréditaire des tumeurs cérébrales associées à la neurogliomatose cutanée. » *Bull. Acad. Méd.*: p. 620; 8 mai 1934.

Roma AMYOT. — « Volumineux neurinome des nerfs de la queue de cheval etc... » *Rev. Neur.*: T. I: p. 368; mars 1933.

Roma AMYOT. — « Compression médullaire par un fibro-gliome méningo-radiculaire sous-dural. Opération effective. Type fruste de la maladie de Von Recklinghausen. » *Union Médicale du Canada*: p. 246; mars 1934.

MOUVEMENT MÉDICAL

LE COMPLEXE D'INFÉRIORITÉ ET L'ART DENTAIRE

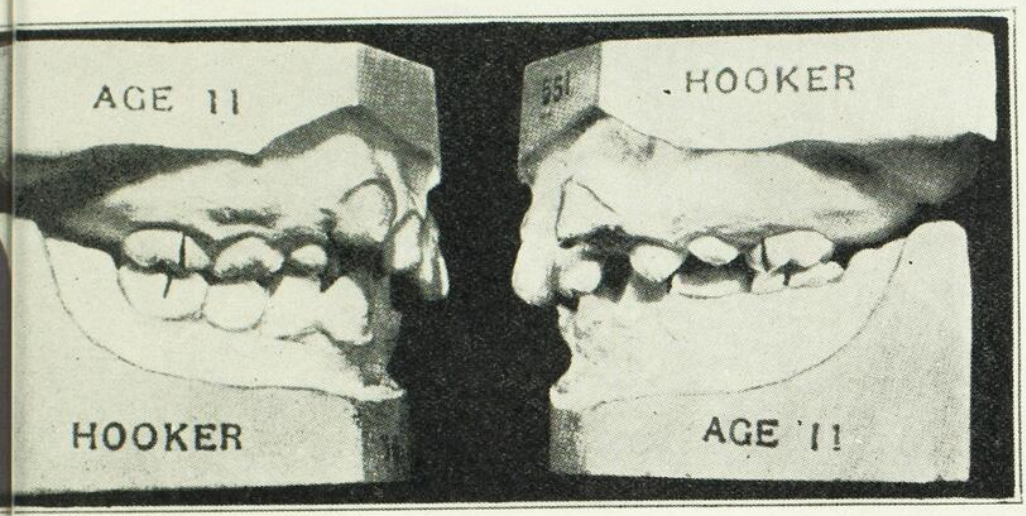
Par Ernest CHARRON,
Professeur à la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Montréal.

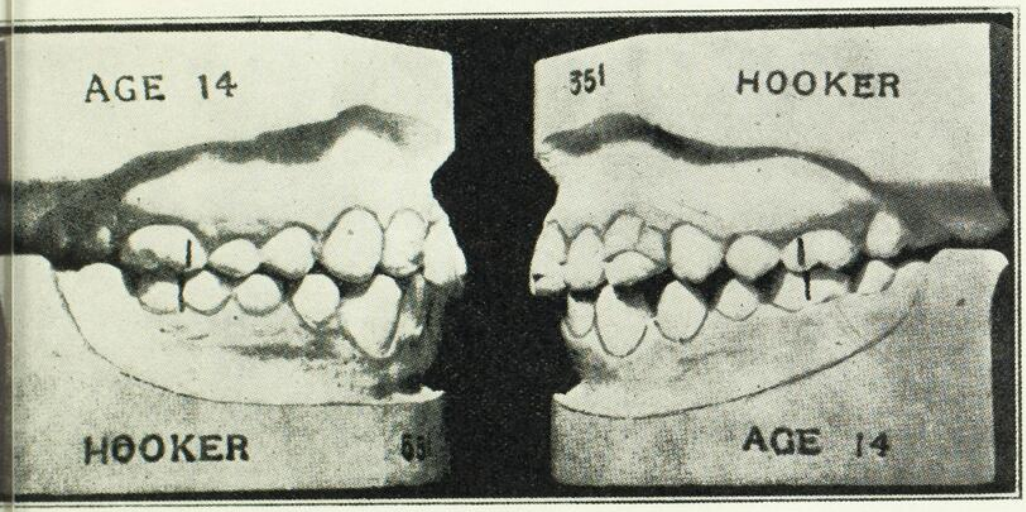
Le complexe d'infériorité se prête à diverses définitions. On pourrait dire, en langage simple, que c'est l'impression et même la conviction qu'ont certaines personnes de n'être pas douées à l'égal de leurs semblables. Il se manifeste non seulement chez des sujets physiquement disgraciés ou dépourvus intellectuellement, mais encore chez des êtres qui ne sont pas plus mal partagés que la moyenne. Dans l'un et l'autre cas, le complexe d'infériorité produit les mêmes effets. Il engendre, chez celui qui en est atteint, une conduite étrange, conséquence d'une humeur vindicative ou de tendances à la mélancolie, voire au découragement. Beaucoup de cas, qui sont d'origine purement psychique, relèvent de la psychiatrie. Mais un grand nombre de cas se rattachent à des causes d'ordre matériel, notamment à la conscience d'avoir un physique ingrat.

La difformité du visage est susceptible d'exercer les plus graves conséquences sur l'avenir d'un enfant. A l'époque où il fréquente l'école, celui qui en est affligé devient bientôt l'objet de la risée de condisciples sans pitié. Il en ressent une profonde humiliation, qui compromet souvent le progrès de ses études, qui lui donne parfois le complexe d'infériorité dont il ne guérira jamais, qui en fera peut-être même un misanthrope. Ce sera, surtout au moment de ses débuts dans la vie, une sérieuse entrave à son succès. Le jeune homme aux traits irréguliers se fera éconduire par maint chef d'entreprise, sous prétexte qu'il n'a pas « le physique de l'emploi ». La jeune fille disgraciée de la nature ne recueillera pas bien souvent les hommages auxquels lui donneraient droit pourtant ses qualités de cœur ou d'esprit.

Il est donc très important de prévenir ou de faire disparaître, chaque fois que cela est possible, les causes des difformités de la face.

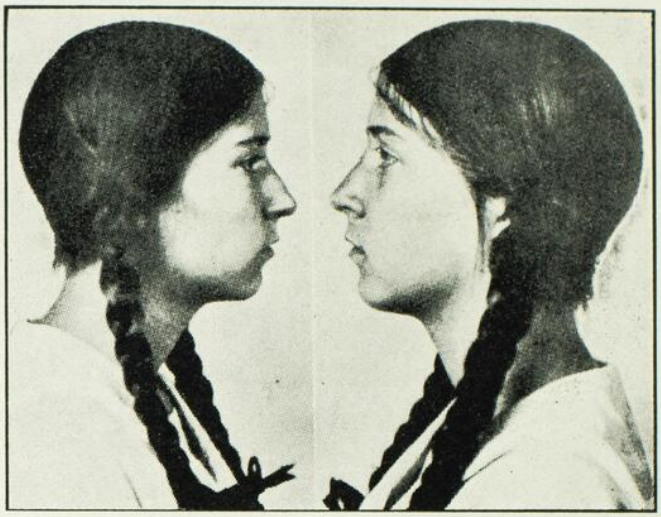
Elles tiennent bien souvent à des défauts de la denture. Une légère déformation, altérant à peine le contour du visage chez un enfant, s'accentuera bien souvent avec l'âge au point de le défigurer quand il sera devenu adulte. La collaboration du médecin et du dentiste

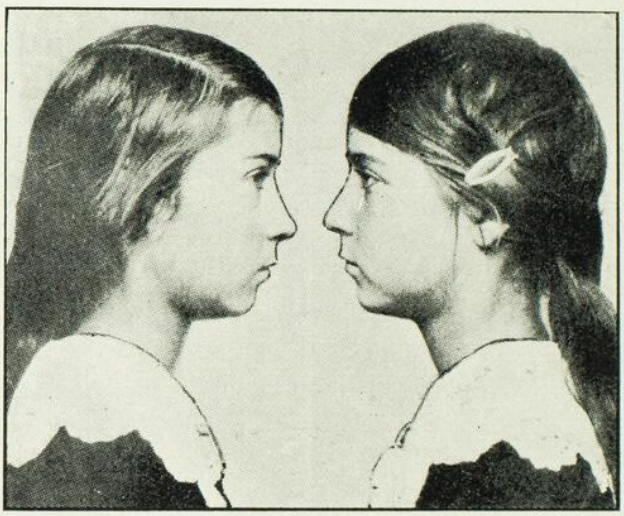




pourrait être très précieuse en vue de rétablir l'équilibre facial, lorsqu'il a été détruit par des imperfections de la denture affectant les caractères extérieurs du visage. Le pédiatre surtout est en mesure

de rendre, à cet égard, de très grands services. Il voit l'enfant à la naissance. Il a l'occasion de constater les défauts du système osseux, s'il y en a. Malheureusement, il n'est appelé bien souvent que lors-



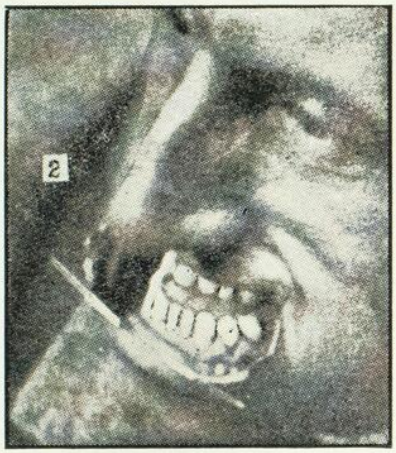


qu'une malformation ou quelque autre anomalie a atteint un degré de développement tel qu'elle apparaît aux yeux de la mère, qui s'en alarme. S'il avait été consulté plus tôt, il aurait peut-être pu prévenir facilement ce qui est devenu plus malaisé à guérir.

MM. L. Dieulafé et A. Herpin classent en cinq catégories les malformations et anomalies du système dentaire:

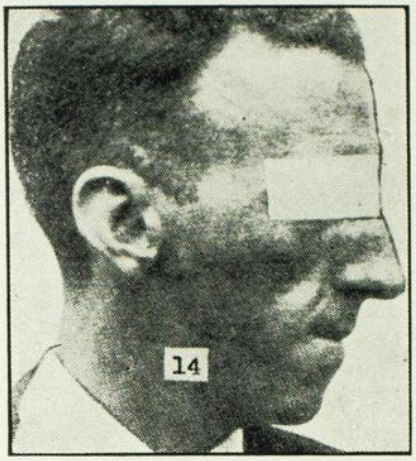
1. Anomalies des arcades dentaires et des dents;
2. Anomalies d'implantation et hétérotopies;
3. Anomalies de nombre;
4. Anomalies morphologiques;
5. Anomalies d'évolution.

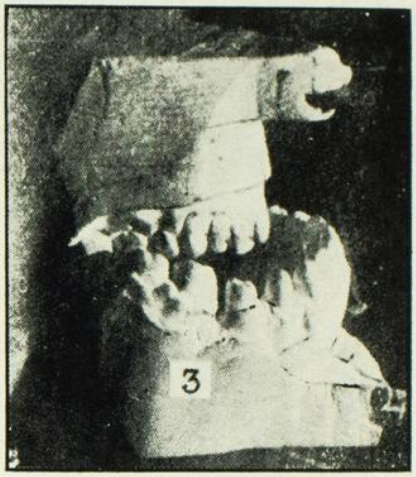
Il y aurait lieu de signaler en outre l'habitude de tenir la bouche ouverte, ce qui gâte souvent l'expression d'un visage aux traits réguliers. On a constaté que l'ablation des amygdales ou de tumeurs adénoïdes ne corrige pas toujours l'habitude de respirer par la bouche. Cela tient le plus souvent à la malocclusion des dents résultant d'une déformation de la voûte palatine. L'intervention du dentiste peut,

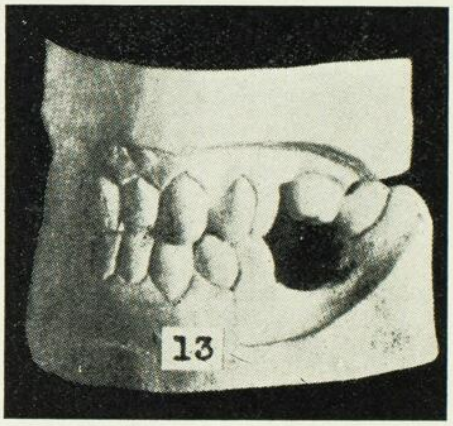


dans bien des cas, rectifier cet état pathologique, restaurer l'état normal et rétablir la respiration nasale. L'habitude de rester la bouche ouverte vient aussi, quelquefois, de la protusion des incisives supérieures, d'un procès alvéolaire anormal, par rapport à la lèvre supérieure, ou encore de la malocclusion des premières molaires permanentes (dents de six ans), quand ce n'est pas de ces deux dernières causes réunies.

L'art dentaire réussit très souvent à rectifier les malconformations ou à faire disparaître les anomalies qui se traduisent par une altération plus ou moins accentuée des traits du visage. Ainsi, nos photographies (page 416), empruntées au *Text-Book of Orthodontia,* par Robert H. W. Strang, M.D., D.D.S., font voir les résultats obtenus, après un traitement de trois ans, dans un cas grave de malocclusion







dans lequel les sections buccales du maxillaire et des arcades dentaires avaient été ramenées en avant par la pression musculaire déterminée par des spasmes. On peut juger de l'effet de l'intervention sur la ligne et même sur l'expression du visage, en se reportant à nos photos (page 416), montrant, avant et après le traitement, la patiente dont la denture est représentée aux photos de la page 415.

Autre exemple. Les photographies de la page 417, reproduites de l'*International Journal of Orthodontia,* de Saint-Louis, Etats-Unis, (numéro de novembre 1930), illustrent un cas de malocclusion d'une extrême gravité chez un sujet de vingt-huit ans. L'intervention de la chirurgie dentaire a donné les résultats qu'on peut voir à la page 418.

Ces quelques cas montrent que l'art dentaire parvient à rectifier, même chez des adultes, des défauts de conformation qui constituent presque des infirmités, puisqu'elles détruisent l'harmonie de la figure humaine. Ces interventions, outre leurs effets bienfaisants dans le domaine pathologique, ont les plus heureuses conséquences dans le domaine psychologique, en guérissant du complexe d'infériorité ceux qui en sont atteints à cause de l'altération de leurs traits.

HYPERTHYROIDIE AVEC ACCIDENTS CARDIAQUES

(Résultat du traitement chirurgical dans 45 cas)

Par

C. LIAN,
Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'hôpital Tenon.

et

J. FACQUET,
Ancien Interne des
Hôpitaux de Paris.

Aux récentes publications sur le traitement des asystolies basedowiennes que nous avons résumées ici même l'année dernière [2] est venue s'ajouter une communication de C. Lian, H. Welti et A. Gaquière [3] qui exposent les résultats obtenus par le traitement chirurgical dans 45 cas de cardiothyréoses. Ces 45 cas relevés sur un total de 450 goitres hyperthyroïdiens donnent aux accidents cardiaques de l'hyperthyroïdie une fréquence de 10%.

Les observations rapportées par les auteurs comprennent 7 cas d'arythmie complète sans insuffisance cardiaque, 36 cas d'insuffisance cardiaque, dont 24 étaient accompagnés d'arythmie complète, un cas d'angine de poitrine et un cas de tachycardie paroxystique.

Les auteurs confirment la plus grande fréquence des accidents cardiaques dans les adénomes toxiques (20% de complications cardiaques dans les adénomes toxiques contre 7% dans la maladie de Basedow proprement dite).

Considérations cliniques. — Chez les hyperthyroïdiens, les facteurs les plus importants des accidents cardiaques sont d'une part *la durée et le degré plus ou moins marqué de l'hyperthyroïdie,* d'autre part, *l'existence de lésions cardio-vasculaires associées,* telles que: artério-sclérose, hypertension artérielle et cardiopathies valvulaires. Ces lésions associées, lorsqu'elles existent, jouent un rôle très important et c'est certainement pour cette raison que les troubles cardiaques sont particulièrement fréquents chez les hyperthyroïdiens déjà âgés.

Ces deux facteurs, sur lesquels les auteurs insistent, n'interviennent pas au même titre dans l'adénome toxique et dans la maladie de Basedow.

---

(1) Cet article doit paraître dans *l'Année Médicale Pratique*, 1937, volume annuel publié sous la direction du Dr C. Lian, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'hôpital Tenon.

(2) *Ann. Méd. Prat., XV*, 1936, p. 85.

(3) *Ac. de chir.*, 3 juin 1936, et A. Gaquière, Thèse Paris 1936, édit. Soc. Blés. d'Impressions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA
1872

PRIX DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALLISÉE

Agit plus sûrement que toutes les autres préparations de Digitale

Granules au 1/10e de milligr. — *Solution* au 1/1000e.
Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intramusculaires.
Ampoules au 1/5e de milligr. pour injections intraveineuses.

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XVe)

Draeger

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.

ARMAND MERCIER E.-E. DION

FOURRURES DE HAUTE QUALITÉ

Spécialité :
Fourrures exclusives pour le médecin et sa famille.

Manteaux.
Renards argentés.
Parures de cou.
Réparations.
Remodelage.
Entreposage.

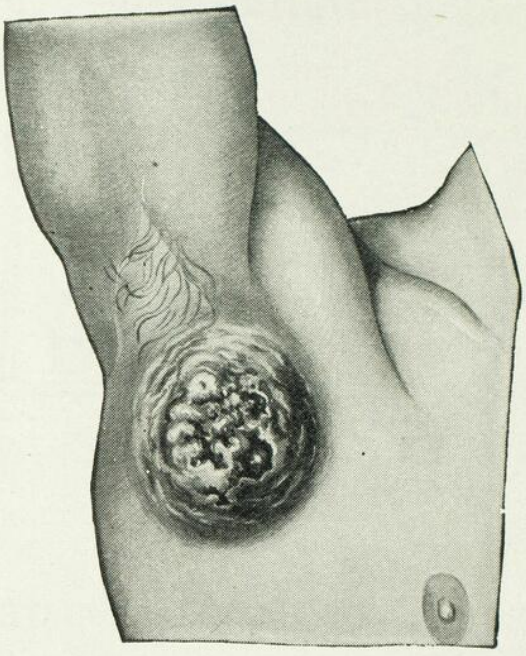
MERCIER & DION

2117 est, Ave Mont-Royal près Delorimier

Tél.: FR. 2711

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

Contre les FURONCLES, ANTHRAX et INFLAMMATIONS AIGUËS similaires



le traitement par excellence *aura pour but, simultanément:*

- **de soulager la douleur;**
- **d'éliminer les toxines;**
- **de favoriser la guérison,**

sans propager l'infection.

L'Antiphlogistine

par sa chaleur prolongée, ses propriétés hygroscopiques et thérapeutiques, répond, efficacement à ce but.

Echantillon et littérature.

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

153, Lagauchetière ouest,
MONTRÉAL

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

Dans l'adénome toxique, l'hyperthyroïdie est en général peu intense. Les malades sont porteurs depuis longtemps d'un goitre et ce goitre sans subir de modifications importantes se complique de troubles cardiaques vers la cinquantaine ou après la cinquantaine, à une époque où la sclérose cardio-vasculaire ou l'hypertension artérielle favorisent leur apparition. La cardiothyréose est alors conditionnée pour une bonne part par l'état de l'appareil cardio-vasculaire.

En ce qui concerne la maladie de Basedow, c'est l'intensité de l'hyperthyroïdie qui est le principal facteur des complications cardiaques et celles-ci apparaissent souvent chez des malades plus jeunes. Les accidents cardiaques bien qu'ils n'apparaissent souvent qu'après des années d'hyperthyroïdie sont nettement la conséquence de l'intoxication thyroïdienne.

Considérations techniques. — Les auteurs estiment que pour obtenir un résultat satisfaisant du traitement chirurgical, la thyroïdectomie doit être très large. Il ne faut conserver qu'une étroite bande de tissu thyroïdien à la partie postérieure de chaque lobe. Les résections insuffisantes sont vouées à l'échec. Cette conduite vaut également pour les adénomes toxiques dans lesquels la résection doit porter non seulement sur l'adénome thyroïdien mais encore sur le tissu glandulaire voisin.

Suivant la gravité plus ou moins grande de l'état clinique, on pratique la thyroïdectomie en un ou plusieurs temps.

Les auteurs ont aussi, pour 45 malades, pratiqué 76 interventions et, pour ces 45 malades, la mortalité opératoire a été nulle.

Résultats du traitement. — *a*) *Dans l'arythmie complète.* — L'arythmie complète est tantôt isolée (7 cas), tantôt, c'est le cas le plus fréquent, accompagnée d'insuffisance cardiaque (24 cas). Elle est, en règle permanente (28 cas), beaucoup plus rarement intermittente (3 cas).

Sur 28 cas qui ont pu être suivis un temps suffisant après l'intervention, la guérison est survenue 14 fois, soit dans 50% des cas.

L'efficacité du traitement chirurgical dépend surtout de deux facteurs :

1° *La durée de l'arythmie.* Les fibrillations auriculaires qui résistent au traitement sont en général celles qui évoluent depuis plusieurs années. Par conséquent, le traitement chirurgical a d'autant plus de chances d'être curateur que l'intervention est plus précoce.

2° *L'existence ou non d'insuffisance cardiaque associée.*

En effet, dans les statistiques de C. Lian, Welti et Gaquière, le pourcentage des guérisons qui est de 85% pour les fibrillations auriculaires solitaires, tombe à 38% pour les fibrillations auriculaires compliquées d'insuffisance cardiaque.

Toutefois avant de conclure à l'absence de régularisation du rythme cardiaque, il est nécessaire d'attendre suffisamment longtemps, car le retour au rythme sinusal peut être tardif et se faire attendre plusieurs mois. Lorsque le rythme tarde à se régulariser et que l'insuffisance cardiaque a disparu, le traitement de l'arythmie par la quinidine est indiqué.

b) *Dans l'insuffisance cardiaque basedowienne.* — La thyroïdectomie subtotale donne de remarquables résultats dans l'asystolie basedowienne. Après l'intervention, les œdèmes rétrocèdent, le foie reprend des dimensions normales, le volume du cœur diminue et les troubles fonctionnels disparaissent.

Sur 33 cas opérés depuis un temps suffisant pour que leur observation soit utilisable, les auteurs comptent 29 succès et 4 échecs. Sur les 4 échecs trois concernent des malades chez lesquels l'insuffisance cardiaque ne fut améliorée que passagèrement, et le quatrième un décès par embolie pulmonaire, trois mois après l'opération.

L'analyse des observations montre que le résultat est excellent dans les hyposystolies (10 guérisons sur 11 malades et disparition de l'arythmie complète chez 3 malades sur 4) et bon, quoique un peu moins favorable, dans les cas d'asystolie. Sur 19 cas d'asystolie, les auteurs comptent 7 guérisons parfaites, 9 grandes améliorations (disparition des troubles fonctionnels mais persistance de l'arythmie complète et d'un certain degré de dilatation hypertrophique du cœur), enfin, 3 échecs que nous avons déjà mentionnés ci-dessus.

Ces résultats indiquent clairement que le traitement chirurgical a d'autant plus de chances de donner de bons résultats qu'il est entrepris plus précocement. Les résultats les moins bons concernent en général les cardiothyréoses associées à des lésions cardio-vasculaires contingentes telles que l'hypertension artérielle et l'artériosclérose. Ces lésions associées ne constituent pas une contre-indication opératoire, mais plutôt une raison nouvelle pour intervenir, car elles comportent en elles-mêmes un risque d'insuffisance cardiaque surajouté. C'est également en supprimant l'hyperthyroïdie et le surmenage cardiaque hyperthyroïdien que la thyroïdectomie subtotale a donné un résultat favorable dans un cas d'angine de poitrine, chez un basedowien artérioscléreux, et plusieurs cas de guérison d'insuffisance cardiaque chez des sujets basedowiens et porteurs de lésions valvulaires cicatricielles.

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES PLEURÉSIES SÈCHES ET SÉRO-FIBRINEUSES

Par Jean-Philippe PAQUETTE,
Médecin de l'hôpital du Sacré-Cœur.

Les éléments du diagnostic clinique des pleurésies n'ont pas changé depuis Laënnec, mais nos conceptions étiologiques et pronostiques à ce sujet ont évolué avec les découvertes du laboratoire. Il y a plus d'un demi-siècle on prouvait la nature tuberculeuse de la majorité des affections pleurales. Cependant, combien souvent, aujourd'hui, sommes-nous portés à ignorer leur gravité par une imprévoyance de leurs répercussions ultérieures.

La thérapeutique devrait s'inspirer de ces faits. Une surveillance étroite et prolongée s'impose dans chaque cas de pleurite et de pleurésie séro-fibrineuse.

Pleurésies sèches

On la croit bénigne, trop souvent. C'est la petite affection qui passe rapidement, mais qui, bien souvent, précède une invasion pulmonaire sérieuse. On sait bien que la pleurésie sèche est l'inflammation simple, sans épanchement, des deux feuillets pleuraux dans un foyer bien délimité de la séreuse. On sait bien qu'elle peut survenir d'emblée ou qu'elle peut apparaître à la suite des affections broncho-pulmonaires les plus variées. On oublie parfois, cependant, que le cortex sous-jacent peut rester atteint, quand le grand symptôme douleur est disparu. Car c'est le point de côté presqu'à lui seul qui signe le diagnostic. En effet, à peine pouvons-nous trouver quelques frottements, en projection de la douleur sur le gril costal, à l'auscultation. Les autres symptômes ont tellement peu d'importance que l'affection passerait inaperçue sans le point de côté. Celui-ci disparaît en huit ou dix jours, et tout semble rentrer dans l'ordre.

Sans tomber dans la « tuberculophobie » il faut surveiller le patient, l'interroger, l'examiner, être bien en garde contre un diagnostic hâtif de névrite ou de myalgie inter-costale.

Au moment de la pleurite c'est le temps de faire une anamnèse complète devant porter sur les antécédents personnels et familiaux du sujet, en se méfiant des contacts par cohabitations ou autres et des imprégnations tuberculeuses discrètes du passé. Il faut encore penser que la manifestation actuelle peut être un épisode pleural ou cortico-pleural, prodrome d'une invasion pulmonaire future.

La meilleure précaution avant de déclarer le patient absolument indemne, après une pleurésie-sèche, est encore de faire le cliché radiographique quelques semaines après la rémission des symptômes.

Pleurésies séro-fibrineuses

On a plus de méfiance envers la pleurésie séro-fibrineuse. Elle est plus grave et plus longue. Il faut aussi la différencier d'avec la pleurésie purulente. On sait que le bacille de Koch est en cause dans 80% des cas. Autant de raisons qui nous forcent à plus d'attentions pendant la maladie et ses suites. Il est reconnu qu'elle peut succéder à une tuberculose pulmonaire cliniquement arrêtée, qu'elle peut compliquer une tuberculose pulmonaire active et qu'elle peut être enfin le premier signe de l'invasion tuberculeuse.

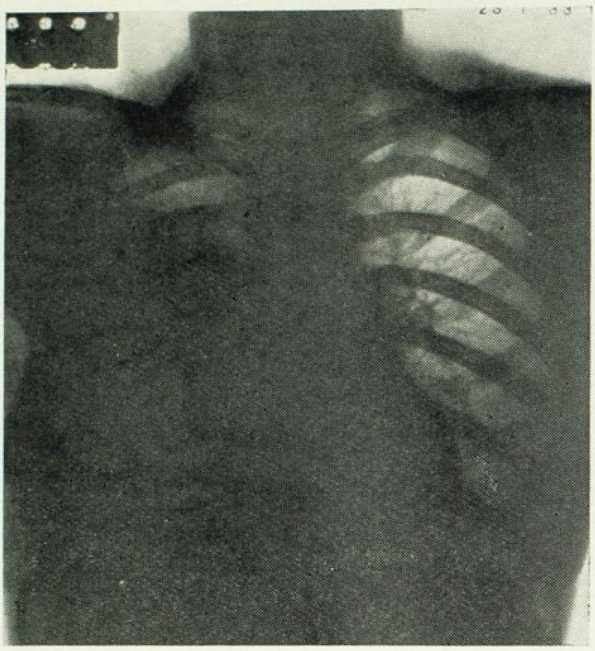
Elle frappe tous les âges mais elle est plus fréquente entre 15 et 35 ans. Comme première manifestation tuberculeuse le début peut en être brusque ou insidieux avec la période prodromique connue: asthénie, fatigue, diaphorèse, toussotement, etc.

Il semble pratique d'insister sur les différents sites du point de côté. Sous-mammaire, axillaire, à la pointe de l'omoplate, du côté opposé, on peut le rencontrer partout excepté au niveau même de l'épanchement. Ne l'a-t-on pas rencontré au MacBurney et à la région cervicale.

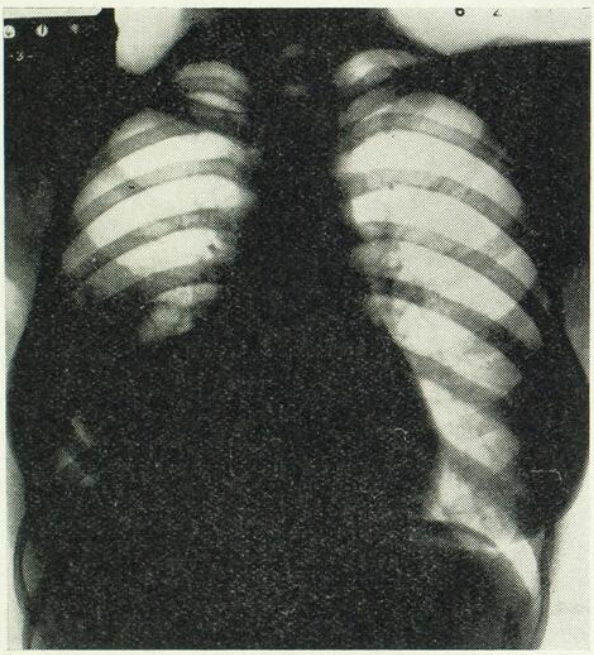
Les vieux signes cliniques suffisent dans la majorité des cas pour porter un diagnostic, mais on aime de le confirmer par la ponction exploratrice.

Cette dernière a des adversaires. On lui reproche de ne pas toujours donner la confirmation attendue; on la trouve dangereuse de deux façons: 1° Par l'infection surajoutée possible; 2° par la possibilité de perforation pulmonaire.

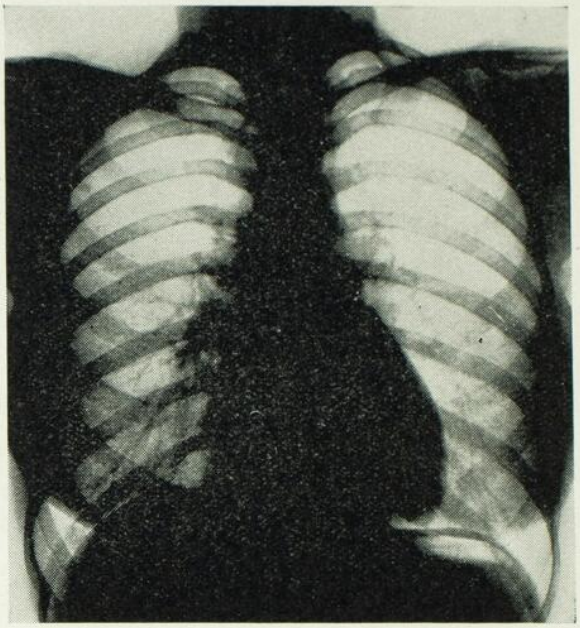
L'objection de réelle valeur est l'infection. Nous croyons tout de même qu'on peut ponctionner. Qu'on le fasse avec toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie, en pleine matité avec une aiguille de



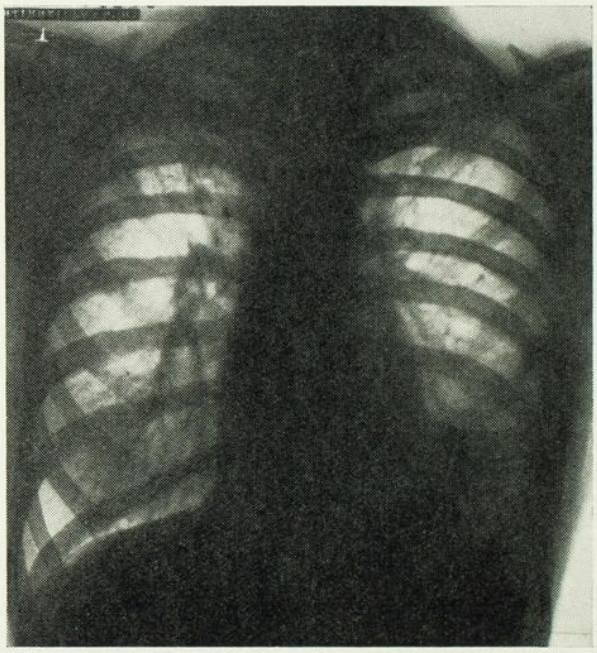
M. 19 ans. Début pleural, 1932.
Radio 6539. — Epanchement assez considérable à droite, va jusqu'à la 2ème côte antérieure. Cœur refoulé à gauche légèrement.



Le même patient M. 19 ans.
Radio 6611. — Petit pneumo, base droite avec niveau de liquide. Régression-Résorption liquidienne. Amélioration de l'état général.



Le même patient M. 19 ans.
Radio 11780. — Epanchement droit disparu. Tache nodulaire 2ème espace ant. droit. Guérison. Reste placard hilaire à droite.



G. L. 21 ans. — 1ère épisode: Début insidieux pulmonaire. Sept. 1935. — Toux sans expectoration. 2ème épisode: Début pleural subit, base gauche. Octobre 1936.
Radio 15865. — Infiltration des deux sommets petit épanchement à la base gauche.

bon calibre plantée perpendiculairement au thorax et toujours au niveau supérieur d'une côte.

La deuxième éventualité est possible mais le danger diminue s'il y a du liquide. S'il n'y en a pas, elle n'est pas plus dangereuse que celle du pneumo-thorax thérapeutique. Car on sait que dans la pratique journalière de celui-ci, malgré toute l'habilité de l'opérateur, il est fréquent de toucher le poumon. Et rares sont les perforations pulmonaires graves. Il y a bien par-ci par-là une hémoptysie légère mais elle est transitoire. Dans la ponction exploratrice bien faite les hémoptysies sont plus rares encore.

Il est classique avec la ponction des épanchements séreux de faire la réaction de Rivalta. Elle indique si le liquide est un exsudat pleural ou un transudat en vertu de la précipitation à froid, des albumines par l'acide acétique. La technique en est simple: un verre d'eau ordinaire acidulée par quelques gouttes d'acide acétique, quelques gouttes de liquide. Si en laissant tomber quelques gouttes de sérosité, dans le verre on voit des traînées blanc-bleuâtres, le liquide pleural est un exsudat; si les stries ou traînées sont incolores c'est un transudat. Certains auteurs lui attribuent une grande valeur, d'autres la mettent en doute. Elle semble avoir quelque utilité surtout en clientèle.

On demande souvent à la radiologie des précisions. Dans les pleurésies, la radioscopie rend d'immenses services. Elle établit le site de l'épanchement et la quantité approximative de celui-ci, mais elle est plus révélatrice encore, lorsqu'elle démontre l'effet du liquide sur les organes du médiastin. Autant que la ponction elle peut influencer le traitement en indiquant l'expectative ou en dictant la thoracentèse. Seuls les grands épanchements avec déplacements du médiastin, torsion du pédicule cardiaque, cyanose et polypnée en sont justiciables.

Dans les services hospitaliers de tuberculose pulmonaire, nombreux sont les cas ou l'anamnèse fait découvrir un épisode pleural antérieur. Y aurait-il moyen d'empêcher un certain nombre de ces cas d'arriver au point de maturation qu'est la tuberculose pulmonaire déclarée?

Nous croyons, toujours d'après l'anamnèse, que ces patients ne sont pas soumis — ou ne se soumettent pas — à un repos assez prolongé après les épisodes pleuraux.

L'immobilisation pour 6 à 8 mois peut paraître un peu rigouneuse, mais cette rigueur peut prévenir un plus grand mal. Ce mal va de la fonte pulmonaire au pneumo-thorax artificiel ou à la thoracoplastie, quand ce n'est pas à un dénouement fatal.

ACTUALITÉS

LE PROFESSEUR ÉTIENNE SORREL

Représentant du Gouvernement français, lors du Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, en septembre 1936, le professeur Etienne Sorrel devait nous revenir, sous les auspices de l'Institut Scientifique Franco-Canadien, pour donner, en janvier-février 1937, un cours de perfectionnement sur les maladies des os et leur traitement.

Mais nous le connaissions déjà, quelques-uns d'entre nous, dont il avait été le prosecteur à Clamart, en 1919.

Ayant passé les différents concours d'externat et d'internat, la guerre trouve Etienne Sorrel médecin auxiliaire au 121e régiment d'infanterie. En 1915, après blessure au front, il mute à Paris, pour, en 1916-1917-1918, être chargé d'une mission en Roumanie où il va organiser et diriger l'hôpital militaire français. De retour en France, en 1918, on lui confie le service de chirurgie de l'hôpital Chaptal (H. O. E.). Après la démobilisation, on lui donne la consultation de Chirurgie de l'Hôtel-Dieu. Chirurgien des hôpitaux de Paris, il remplace à l'hôpital Saint-Antoine, à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital des Enfants-Malades. De 1920 à 1930, il devient chirurgien-en-chef de l'hôpital maritime de Berck. 1931 le voit chirurgien à l'hôpital Trousseau (enfants). Il fait aussi la consultation de chirurgie osseuse à l'hôpital Saint-Louis (adultes). En 1932, il est nommé professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Finalement, en 1934, il revient à Paris où il est affecté à l'hôpital Trousseau qu'il n'a pas quitté depuis.

Depuis 1909, le professeur Sorrel s'est signalé à l'attention médico-chirurgicale par un nombre très considérable de travaux scientifiques personnels ou en collaboration dans tous les domaines de la chirurgie. Mais, dès 1911, point chez lui la tendance à s'orienter vers les maladies du système osseux. Cette inclination va s'accentuer de plus en plus jusqu'en 1920 et dans les années subséquentes pour se cristalliser définitivement dans la nosologie osseuse.

Membre d'un grand nombre de sociétés savantes de France et de l'Etranger, titulaire de distinctions honorifiques nombreuses de son pays et d'autres contrées, le professeur Sorrel a publié des œuvres

qui forment une nomenclature dont la variété n'a d'égales que l'ampleur et la valeur avec, toujours, une prédilection spécialisée dans les affections osseuses dont il a abordé tous les aspects. Il y a fait de multiples constatations cliniques et pathogéniques et il y a étudié sous tous leurs angles les atteintes que peut faire ou créer l'infection. En collaboration avec Madame Sorrel-Déjerine, à qui nous payons, en passant, un tribut d'hommage et d'admiration, il a scruté le faciès des paraplégies pottiques qu'il a éclairées vivement par les lumières nouvelles qu'y a projetées son esprit d'observation et d'analyse scientifique. Il a corrigé ou rectifié certaines données qui passaient pour classiques jusqu'aujourd'hui. Il a précisé les indications de l'ostéo-synthèse vertébrale et en a posé le pronostic.

Il a parcouru toute la gamme des lésions osseuses, fractures, luxations, parasitose localisée, ostéo-arthrites, etc. pour en tirer des notes nouvelles à faire résonner dans l'harmonie du traitement. La tuberculose osseuse l'a tout particulièrement attiré. Il y a appliqué ses connaissances et ses facultés cliniques. Je renonce à faire une extraction de la liste de ses publications. Il faudrait tout citer.

Mais ses activités ont dépassé et débordé le système osseux. Il a attaqué la stase intestinale chronique en 1910, dans le service du Professeur Lejars. A la suite des travaux de Sir Arbuthnot Lane, il fit des recherches anatomiques sur la disposition du gros intestin et des recherches physiologiques basées sur de nombreux examens radioscopiques. Les applications thérapeutiques découlent des constatations qu'il a contribué à faire connaître.

Le professeur Sorrel s'est occupé aussi de la chirurgie des parties molles: vaisseaux, ganglions, muscles et aussi de chirurgie nerveuse. Il a publié plusieurs volumes en collaboration avec Mme Sorrel-Déjerine et A. Delahaye dont: les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires, la coxalgie, la tumeur blanche du genou, les ostéo-arthrites tuberculeuses du pied, le mal de Pott, les ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur, atlas de radiographie osseuse, lésions non-traumatiques et lésions traumatiques, tuberculose osseuse et ostéo-articulaire.

Il a collaboré à de multiples articles dans différents traités dont: adénites tuberculeuses, coxalgie, mal de Pott, mal de Pott sous-occipital, ostéites chroniques, dystrophies osseuses, ostéo-arthrites tuberculeuses, ostéo-myélites vertébrales, pathologie des disques intervertébraux.

Il a été rapporteur à plusieurs congrès français ou internationaux, il a inspiré des thèses et des travaux toujours en rapport avec la tuberculose osseuse.

Telle nous apparaît, en quelques traits succincts, la physionomie scientifique de celui que nous eûmes le plaisir et l'avantage de posséder parmi nous durant quelques semaines. Blessé de guerre, œil franc, visage ouvert, figure sympathique, belle prestance, ces caractères concentrent immédiatement l'attention sur lui. Faconde débordante, en position claire et lumineuse, examen des cas en un résumé bien condensé, symptomatologie concise, ordonnée et frappante, pathogénie exacte, données anatomo-pathologiques correctes, diagnostic serré et précis, thérapeutique adéquate. Son esprit d'observation fin et aiguisé, son sens critique avisé, son jugement sagace, sa méthode d'analyse prompte, son coup d'œil vif s'accrochent aux arêtes saillantes du cas à l'examen, sans négliger les particularités accessoires pouvant relever le tableau. De là découleront des conclusions inattaquables qui mèneront au traitement approprié.

Dans le ciel de notre monde scientifique, le professeur Etienne Sorrel a laissé un lumineux rayon et je suis heureux de le saluer ici comme le représentant typique de l'Idée française, de la Culture française et de la Science française.

J.-U. GARIEPY.

Madame SORREL-DÉJERINE

Le 26 janvier dernier, Mme Sorrel-Déjerine prononça à l'hôpital Notre-Dame une conférence fort intéressante sur *l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France*. Ce travail bien documenté fut un rappel des principales étapes de l'organisation de cette lutte, depuis les timides essais des débuts jusqu'à l'admirable placement familial et le développement des sanatoriums. Cette systématisation dans la prévention, Mme Sorrel-Déjerine nous l'a amplement démontrée par des statistiques et surtout par une série de clichés photographiques illustrant les récentes réalisations prophylactiques.

L'Union Médicale profite de l'occasion pour faire connaître davantage à ses lecteurs la femme remarquable qu'est Madame Sorrel-Déjerine. Nous regrettons qu'elle ne fut invitée officiellement, elle aussi, par l'Institut Scientifique Franco-canadien; nous eussions bénéficié de son expérience sur les paraplégies pottiques et ses leçons eussent été un admirable complément des exposés du Dr Sorrel sur le mal de Pott.

Nous reproduisons ci-après les titres scientifiques et la liste des travaux de Mme Sorrel-Déjerine ainsi que les allocutions des Drs Saucier et Amyot lors de la conférence de janvier dernier. Le premier présenta la conférencière; le second la remercia.

Titres

1912 — Externe des Hôpitaux de Paris.
1914-1918.— Fonctions d'Interne dans les Hôpitaux de Paris et d'Amiens.
1921 — Interne Titulaire des Hôpitaux de Paris.
1925 — Docteur en Médecine.
Diplôme d'Etat de l'Université de Paris.
1925 — Membre Titulaire de la Société de Neurologie de Paris.
Membre de la Société de Pédiatrie de Paris.
Membre de la Société d'Orthopédie.

Travaux et publications

Para-ostéo-arthropathies des paraplégiques par lésion médullaire, étude anatomique et histologique. (En collaboration avec Mme DEJERINE et M. André CELLIER.) (Revue Neurologique 1919, p. 399.)

Contribution à l'Etude des Paraplégies Pottiques. Essai sur l'évolution et le pronostic, basé sur 40 observations personnelles. (Thèse Paris 1925, Masson & Cie, éditeurs.)

Livres publiés

La Coxalgie. (En collaboration avec E. SORREL et A. DELAHAYE.) (Collection des « Radioprojections », Doin & Cie, éditeurs, 1931.)

La tumeur blanche du genou. (En collaboration avec E. SORREL & A. DELAHAYE.) (Collection des « Radioprojections », Doin & Cie, éditeurs, 1931.)

Les ostéo-arthrites tuberculeuses du pied. (En collaboration avec E. SORREL et A. DELAHAYE.) (Doin & Cie, éditeurs, 1932.)

Les ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur. (En collaboration avec MM. E. SORREL et A. DELAHAYE.) (Doin & Cie, éditeurs.)

Le mal de Pott. (En collaboration avec MM. E. SORREL et A. DELAHAYE.) (Doin & Cie, éditeurs.)

Atlas de radiographie osseuse. Pathologie. Deuxième partie: Lésions non traumatiques (pp. 193-337). (En collaboration avec M. E. SORREL. La première partie: Lésions traumatiques, appartient à MM. QUENU, HARET et DARIAU.) (Volume in-4° de 344 pages, 897 figures, dont 519 radiographies et 378 schémas.)

Tuberculose osseuse et ostéo-articulaire. (En collaboration avec M. E. SORREL.) (1 vol. grand in-4o (25 sur 32) de 514 pages avec 640 figures, Masson & Cie, éditeurs, 1932.)

Articles de Traités

Adénites tuberculeuses. (En collaboration avec M. E. SORREL.) (P.M.C., 3e édition, 1931, Masson & Cie, éditeurs, t. Ier, p. 182.)

Mal de Pott. (En collaboration avec M. E. SORREL.) (P.M.C., 3e édition, 1931, t. V, p. 446.)

Mal de Pott sous-occipital. (En collaboration avec M. E. SORREL.) (P.M.C., 3e édition, 1931, p. 464.)

Dystrophies osseuses (rachitisme, déformations de croissance, épiphysite, apophysite). — Mal de Pott. — Pathologie des disques intervertébraux. (« In » Traité de Chirurgie Orthopédique, Masson & Cie, éditeurs, 1937.)

Pour les publications faites en collaboration, voir l'Exposé de Titres du Dr Etienne SORREL.

Allocution du Dr Saucier

Madame la Présidente, Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs:

Permettez-moi d'abord d'excuser le Dr B.-G. Bourgeois qui devait présenter Mme Sorrel-Déjerine. Le Dr Bourgeois est momentanément retenu en ville et il ne sera parmi nous qu'un peu plus tard. Je me suis substitué en dernière minute et je n'ai d'autre excuse à offrir de ma présence ici que le fait d'avoir consacré, comme Mme Sorrel-Déjerine, ma vie à la neurologie. En dernière minute également, nous avons convenu, mon collègue Amyot et moi, de nous partager l'agréable privilège de vous présenter Mme Sorrel-Déjerine. Je vous dirai brièvement qui est la conférencière et le Dr Amyot rappellera tantôt les saillies de son œuvre scientifique.

Mme Sorrel-Déjerine, — ici j'empiète un tout petit peu, mais pour un instant seulement, sur le terrain de mon ami Amyot, — est une ancienne interne des hôpitaux de Paris, et sa thèse de doctorat sur les paraplégies pottiques est devenue un ouvrage classique. Le sujet de cette thèse explique déjà en grande partie celui dont elle va vous entretenir aujourd'hui: les aspects de la lutte anti-tuberculeuse en France. Vous voyez donc que la neurologie conduit à tout! Mme Sorrel-Déjerine devait s'intéresser à la neurologie parce qu'elle est fille de deux des plus éminents neurologistes de tous les temps: le Pr Jules Déjerine et Mme Déjerine-Klumpke. Les travaux de ses parents sur l'anatomie du système nerveux n'ont pas été dépassés en aucune langue et il est probable que jamais ils ne le seront. Leur œuvre clinique est trop connue pour que j'insiste davantage. Vous voyez dès à présent que la neurologie était le choix qui s'imposait à Mlle Déjerine, qui ne pouvait à peu près pas ne pas l'accepter. Son union avec le Dr Sorrel, chirurgien orthopédiste, et aussi, neurologue éminent, fut la raison qui explique bien tout l'intérêt que Mme Sorrel devait prendre aux conséquences neurologiques des manifestations de la tuberculose vertébrale. On sait les beaux travaux qui résultèrent de cette collaboration idéale.

Je vais maintenant vous situer encore plus précisément Mme Sorrel-Déjerine en vous apprenant que sa mère, Mlle Klumpke, était américaine, originaire de San Francisco. Vous comprendrez ainsi que sa fille ne peut complètement se désintéresser du continent nord-américain, et que lorsqu'elle est venue au Canada, son désir de voir des horizons nouveaux fut grandement sollicité par ses attaches ethniques. En somme, elle est un peu notre compatriote, au sens largement américain du mot.

Je voudrais l'assurer qu'elle est ici tout à fait chez elle, et d'autant plus, qu'en ce territoire américain d'expression française, elle pourra vous parler dans sa langue d'adoption, la plus belle de toutes: la langue française. Je vous défie même d'y retrouver le moindre accent saxon.

Je termine en soulignant un petit fait qui fera plaisir aux médecins de Notre-Dame: notre regretté maître, Albert Prévost, ancien professeur de neurologie à l'Université, fut pendant six ans l'élève du professeur Déjerine. Mme Sorrel était trop jeune alors pour l'avoir connu, mais elle a dû entendre ses parents lui parler souvent d'un Canadien français fort studieux et surtout fort attaché à son maître.

Je pourrais m'étendre encore assez longuement sur le chapitre des souvenirs et parler de l'attachement des disciples du maître incomparable que

fut Déjerine, mais je sais que la mesure, cet attribut si français, ne doit pas être dépassée. Je sais également que les troubles de la mesure, la dysmétrie, — pour employer le mot d'André-Thomas, — est un défaut redoutable, et Mme Sorrel serait la première à me qualifier de dysmétrique verbal. J'évite son diagnostic redoutable et je lui laisse la parole.

Allocution du Dr Amyot

Madame,

Ce m'est un grand plaisir de vous remercier au nom des médecins, des religieuses et des infirmières de cette Maison.

J'aurais aimé savoir plus tôt que vous deviez venir nous rendre visite et nous instruire.

Les sentiments auraient été les mêmes, aussi sincères et fraternels, mais je me serais senti moins maladroit en vous les exprimant.

Car, j'ai toutes les raisons d'être ému.

Vous êtes française, vous êtes notre distinguée collègue, vous êtes la compagne et la collaboratrice de l'éminent chirurgien auquel nous devons un tribut de gratitude, enfin Déjerine fut votre père et cela nous touche davantage.

Un neurologiste vous présenta à votre auditoire.

On a chargé un neurologiste de vous remercier.

Et ces deux neurologistes, qui ouvrent et ferment la marche de l'agréable aventure de cet après-midi, se réclament de l'Ecole de Déjerine.

Ils ont eu l'honneur de connaître Mme Déjerine en qui ils reconnaissaient un maître en Neurologie.

Ils ont fréquenté le laboratoire de l'Ecole pratique fondée par Déjerine, à l'époque où le regretté Jumentié en avait la charge; ils ont gardé le souvenir le plus heureux du regretté Long et de Mme Long-Landry, enfin ils ont étudié sous André-Thomas.

Permettez-nous de nous réclamer de la grande famille Déjerine; accordez-nous cet honneur et cela nous rapprochera d'autant de vous.

Madame, vous avez visité notre hôpital, dont nous sommes fiers.

Vous nous avez entretenus d'un sujet d'une importance vitale, que vous connaissez parfaitement bien, et cela avec une maîtrise qui nous a charmés et à laquelle nous ont habitués des maîtres français entendus en France ou ici.

De votre sympathie à notre égard et de votre zèle à nous instruire nous vous remercions de tout cœur.

En passant par les services de Notre-Dame, et il en aurait été ainsi si vous aviez parcouru chacun des hôpitaux français de notre province, vous avez sans doute constaté jusqu'à quel point la douce et discrète charité de nos religieuses, la grâce féminine de nos infirmières étaient bien françaises.

Par ces précieux attributs, elles apportent à l'œuvre hospitalière canadienne-française non seulement une aide morale et matérielle essentielle au traitement des malades, mais elles contribuent à conserver, au sein du groupe médical de la province, le caractère français auquel nous, médecins, tenons aussi opiniâtrement qu'à notre vie.

Autant notre instruction et notre enseignement en médecine s'efforcent d'être français, sinon par un recours exclusif aux travaux scientifiques, du

moins par la compréhension, la synthèse et l'expression clinique; autant nos religieuses et nos infirmières le demeurent par les qualités du cœur et la façon de les appliquer.

Madame, de ce caractère de français et de françaises, nous vous en faisons hommage.

Nous garderons un souvenir ému de votre visite et nous vous prions de rapporter dans votre belle France l'expression de notre complet attachement au pays de nos ancêtres.

Allocution prononcée le 26 janvier 1937, par M. Etienne Sorrel, délégué de l'Institut Scientifique Franco-canadien, lors d'un dîner offert par la Faculté de Médecine (1)

Le séjour que je suis venu faire parmi vous va bientôt se terminer, puisque je dois faire ma dernière leçon demain soir, et vous m'avez fourni bien des motifs de garder de ces quelques semaines un souvenir inoubliable, et de vous rester à tout jamais reconnaissant.

Vous avez su, tout d'abord, me recevoir avec une amabilité et une cordialité qui m'ont infiniment touché; vous avez agi envers moi comme si j'étais un ami de vieille date que vous auriez été heureux de revoir, et vous avez mis tant de tact et tant de délicatesse à me persuader que vous n'aviez rien de mieux à faire que d'abandonner vos occupations les plus urgentes pour me consacrer votre temps, que vous arriviez presque à me faire oublier l'indiscrétion qu'il y avait de ma part à abuser de vos instants. Vous êtes parvenus à me donner l'impression qu'en toute vérité il vous était agréable de chercher par tous les moyens à me faire plaisir, et c'est un sentiment dont je vous dois d'autant plus de gratitude que toutes ces prévenances, toutes ces gentillesses, si j'ose employer ce mot de vieille France, ce n'était pas à moi personnellement qu'elles s'adressaient, mais bien au représentant temporaire parmi vous de ces parents d'Europe pour lesquels vous avez gardé toute l'affection et toute l'amitié que l'on se doit entre membres d'une même famille lorsqu'ils ont quelques raisons de s'estimer mutuellement.

Ces raisons d'estime réciproque, je veux bien croire, et j'en serais fort heureux, que vous pouvez encore, comme vous voulez bien le dire, les trouver chez nous. Mais, ce dont je suis bien certain maintenant que j'ai eu le plaisir de vivre un peu de votre vie, c'est que vous les fournissez vous-mêmes de la façon la plus généreuse.

Quand on songe à la somme de qualités magnifiques, à la ténacité, à l'habileté, à la souplesse aussi jointe à la fermeté la plus grande, dont vous avez dû au cours des siècles faire preuve pour maintenir intactes notre langue et notre civilisation communes, on est, je vous l'affirme, rempli de respect et d'admiration.

Les générations qui se sont succédé ont su se transmettre les unes aux autres le flambeau de notre civilisation latine, et les représentants actuels du Canada français montrent avec quel éclat vous avez su développer, en les adaptant au pays et au milieu dans lesquels vous vivez, tous les caractères de notre race: cette spontanéité, cette vivacité d'esprit que des censeurs moins favorisés peut-être nomment légèreté, — ce scepticisme dont

(1) Au cercle Universitaire de Montréal.

nous sommes toujours prêts à faire étalage pour masquer en réalité une sensibilité très grande et une générosité extrême, — cette volonté si rigide malgré un apparent abandon, — ce bon sens irréductible que nous tient loin de toutes les exagérations, — tous ces signes distinctifs de notre race se retrouvent sur les rives du Saint-Laurent comme sur celles de la terre.

De ces belles qualités, vous donnez une preuve bien évidente lorsqu'on voit ce que vous êtes arrivés à réaliser dans la pratique et l'enseignement de l'art médical.

Vous êtes restés fidèles à nos vieilles traditions qui exigent tout d'abord de chaque médecin une solide culture générale, car cette culture, commune à toutes les disciplines, reste la base sans laquelle aucune d'entre elles ne peut se développer hardiment.

Vous n'avez jamais admis une spécialisation trop hâtive dans les diverses branches de notre profession: là encore, la base doit être ferme, et ce n'est qu'après des études longuement et lentement poursuivies que vous admettez que l'on s'oriente vers les différents domaines de la médecine et de la chirurgie; suivant le mot célèbre et si juste que rappelait l'un des vôtres un de ces derniers soirs, vous savez « que le chirurgien, par exemple, ne doit être qu'un médecin qui se sert de la chirurgie pour guérir. »

Et en restant fidèles à ces grands principes, qui seront sans doute éternellement justes, vous avez assuré à la médecine que vous enseignez une place d'élite dans la médecine de votre pays.

Mais vous n'avez pas seulement cherché à perfectionner dans vos hôpitaux des méthodes de guérison, et les installations matérielles qui permettent de les mettre en œuvre, vous vous êtes préoccupés, depuis longtemps — et parmi tous les premiers — du rôle social considérable qu'est appelé à jouer le médecin.

Ce rôle qui prend de jour en jour plus d'importance n'était guère développé autrefois. Dans son dictionnaire classique, Littré, qui pourtant était médecin, définissait la médecine: « *l'art qui a pour but la conservation de la santé et la guérison des maladies, et qui repose sur la science des maladies, dite pathologie.* »

On ne se préoccupait guère, à cette époque, bien rapprochée de nous cependant, du porteur de la maladie. Les choses ont heureusement changé depuis ce temps; tout médecin digne de ce nom voit dans le malade un autre homme, dont il doit certes soulager avant tout les souffrances physiques, mais sans oublier qu'il doit aussi se pencher sur la misère morale qu'entraîne la maladie.

En voyant la douceur avec laquelle vous agissez envers vos malades, l'intérêt que vous leur portez et la confiance touchante qu'en retour ils vous témoignent, on est bien certain que vous avez su comprendre ce rôle à merveille et que vous savez le faire comprendre aux élèves que vous formez.

Secondés dans votre œuvre bienfaisante par un remarquable corps d'infirmières religieuses et laïques animées du même idéal élevé que vous, vous ne vous êtes pas contentés d'être vous-mêmes de bons Samaritains.

Vous avez, avec l'esprit pratique et réalisateur qui vous caractérise, organisé des œuvres d'assistance sociale, formé toute une section d'infirmières chargées de rester en contact avec la famille de vos malades pendant leur séjour à l'hôpital et de les suivre eux-mêmes, lorsqu'ils en sont sortis.

Vous avez créé des centres de rééducation pour les infirmes, vous avez organisé des écoles où vous fournissez aux enfants que quelque tare empêcherait de suivre les écoles régulières, le moyen de s'instruire comme les autres enfants et d'apprendre eux aussi un métier qui leur permettra de gagner leur existence, et de devenir des hommes libres, au lieu d'être des épaves à la charge de la société.

En ce faisant, messieurs, vous avez montré de la façon la plus éclatante quelle vigueur et quel développement pouvait acquérir sur un autre sol un rameau séparé de l'arbre qui lui a donné naissance. Par là même, vous avez prouvé que l'arbre était de bonne espèce et si, comme je l'espère, les souches restées en France ne sont point encore trop dégénérées, nous devons, me semble-t-il, conserver toute confiance dans les destinées de notre race commune.

D'avoir exalté en moi par votre exemple ce sentiment si réconfortant, je vous dois, messieurs, un tribut tout particulier de reconnaissance et d'admiration. Je suis heureux de trouver l'occasion de vous les exprimer ce soir l'une et l'autre.

Je lève mon verre à la Faculté de Médecine et à l'Université de Montréal, au développement et à la grandeur du Canada français.

INSTITUT FRANCO-CANADIEN

COURS D'ORTHOPEDIE DONNE PAR M. le Dr ETIENNE SORREL

En janvier 1937, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, 1265, rue Saint-Denis.

Vendredi, 8.—Tumeur blanche du genou.
Lundi, 11.—Arthrite tuberculeuse de l'épaule — arthrite tuberculeuse du coude.
Mercredi, 13.—Arthrite tuberculeuse du poignet — Spina ventosa des petits os de la main et du pied.
Vendredi, 15.—Ostéites tuberculeuses, ostéites syphilitiques, etc...
Lundi, 18.—Mal de Pott.
Mercredi, 20.—Paraplégies pottiques.
Vendredi, 22.—Traitement de la coxalgie.
Lundi, 25.—Les Dystrophies osseuses de l'adolescence.
Mercredi, 27.—Traitement des ostéomyélites aiguës.

Leçons cliniques

Le Dr Sorrel a fait des matinées cliniques aux hôpitaux suivants:
à l'Hôtel-Dieu, les 8, 11, 12, 13 janvier;
à Notre-Dame, les 14, 15, 18 et 19 janvier.
à Sainte-Justine, les 20, 21, 22, 25, 27 janvier.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES SYNDROMES DYSENTÉRIQUES DU NOURRISSON

Il s'agit d'un syndrome qui n'est pas très fréquent dans la première enfance et qu'on n'observe en général qu'après 15 mois. Dans certains cas, il offre une gravité particulière et son traitement, pour être efficace, doit être organisé de façon méthodique.

Il est caractérisé par des selles muco-hémorragiques, le plus souvent très nombreuses, et répond à des ulcérations du gros intestin, siégeant principalement dans sa portion terminale.

Du point de vue étiologique, le syndrome peut être *primitif*, c'est-à-dire d'origine alimentaire (ingestion de lait de vache souillé, de viandes ou de fruits de mauvaise qualité), — c'est le cas de beaucoup le plus fréquent dans notre pays — ou *secondaire* à une infection comme la rougeole ou la broncho-pneumonie. Enfin, à titre tout à fait exceptionnel chez nous, le syndrome peut être lié à la présence dans l'intestin d'un agent pathogène *spécifique*: c'est la dysentérie vraie, dont le diagnostic ne doit être affirmé qu'après un examen des selles attestant l'existence d'amibes ou de bacilles dysentériques. Aussi, dans tous les cas, convient-il de faire systématiquement un ensemencement des matières, afin d'éliminer, s'il y a lieu, le diagnostic de dysentérie vraie, maladie qui comporte un traitement spécifique que nous n'étudierons pas ici(1).

Le syndrome débute, tantôt d'une façon insidieuse, tantôt d'une façon brusque et violente, avec une température élevée (104° F.) et des convulsions. L'enfant souffre de coliques. Bientôt apparaissent des selles liquides contenant du mucus et du sang, « véritable crachat intestinal ». Il existe en plus du ténesme et parfois un prolapsus rectal. L'affection est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune. Avant 15 mois, il faut toujours redouter les phénomènes de déshydratation et la broncho-pneumonie, qui constituent des complications de la plus haute gravité dans la première enfance.

Dans ces dernières années, le traitement des syndromes dysentériques du nourrisson a fait d'importants progrès: les régimes préconisés tiennent compte davantage des besoins alimentaires et de la nutrition du jeune enfant. *Ce qu'il faut éviter avant tout, dans la pratique, c'est de soumettre le nourrisson à une diète hydrique prolongée, à des régimes de famine qui diminuent la résistance à l'infection, n'améliorent aucunement l'état intestinal et donnent toujours des résultats désastreux.*

(1) Pour le traitement des *dysentéries spécifiques*, consulter l'excellente thèse du docteur M. Grand sur les syndromes dysentériques de l'enfant (travail du service de M. Ribadeau-Dumas), éditée à Paris chez Maloine en 1932, pp. 77-92.

Nous avons eu l'occasion récemment de traiter un assez grand nombre de syndromes dysentériques chez le nourrisson; il nous a été permis de mettre en pratique les méthodes actuelles d'alimentation et d'en constater l'efficacité.

Ce sont ces méthodes que nous allons maintenant exposer, en prenant comme *exemple* le cas le plus fréquent dans notre pays: celui d'un nourrisson atteint d'un *syndrome dysentérique primitif, d'origine alimentaire* (1).

Nous schématiserons le traitement d'après les périodes de la maladie, en nous efforçant de préciser les indications thérapeutiques successivement: 1° à la période aiguë; 2° à la période de réalimentation; 3° à la période de convalescence.

I. Période aiguë:

A la phase aiguë, au moment où l'enfant a une température élevée, un état général altéré, nous instituons la diète hydrique, nous prescrivons des bains chauds, des injections de sérum physiologique, de l'huile camphrée.

La *diète hydrique* sera donnée le premier jour, sous forme d'eau bouillie pure, à la dose de 150 c.c. par kilo et par vingt-quatre heures, sous forme de petits repas rapprochés, toutes les deux heures; si l'enfant vomit, on donnera l'eau bouillie glacée, à la cuillère. Le deuxième jour, on remplacera l'eau bouillie pure par de l'eau de riz, à la même dose.

Le sérum physiologique sera injecté par voie hypodermique, à la dose de 100 à 150 c.c. par jour. L'enfant sera maintenu dans un bain à 100° F. pendant 5 à 10 minutes, une à deux fois par jour. On donnera l'huile camphrée au 1/10 en injections sous-cutanées, à la dose de ½ à 1 c.c. matin et soir.

II. Période de réalimentation:

Le *troisième jour*, on procédera à la réalimentation avec le *babeurre, auquel on ajoutera 10% de dextri-maltose, sous forme de sirop de blé d'Inde.* A ce moment, on donnera à l'enfant des repas toutes les quatre heures; s'il n'a pas la force de vider ses biberons, on complétera chaque repas par de l'eau bouillie sucrée à 5%, de manière à ce qu'il ait la quantité de liquide nécessaire dans les 24 heures. A partir de trois mois, on ajoutera au babeurre du *gruau épais* préparé avec de la farine d'orge ou d'arrowroot, à la dose d'une cuillerée à thé à une cuillerée à soupe avant les repas, une à deux fois par jour. Après six mois, on pourra en plus donner de la *purée de pommes crues ou de bananes crues*, à la même dose, aux repas où l'on ne donne pas de gruau épais.

Lorsqu'il n'y aura plus de sang dans les selles et que les matières seront devenues pâteuses, même s'il y a encore des glaires, on ajoutera au régime, suivant l'âge de l'enfant, des purées de légumes (pommes de terre, pois, carottes), des pâtes alimentaires, du chocolat à l'eau, de la viande bien cuite et du maigre de jambon, des œufs, et en dernier lieu du lait, que l'on donnera d'abord écrémé et bouilli, et en petite quantité.

---

(1) Dans les *syndromes dysentériques secondaires*, à moins qu'il n'y ait des phénomènes de déshydratation ou d'intolérance alimentaire (anorexie, vomissements), on donne d'emblée le babeurre.

Si la maladie se prolonge, on ajoutera à la diète du jus de fruits et un peu d'huile de foie de morue, afin de donner à l'enfant les vitamines indispensables à sa nutrition et à sa croissance.

Dans la plupart des cas, le troisième jour la température est moins élevée, l'état général amélioré. C'est pourquoi, on cesse d'ordinaire à ce moment les bains, les piqûres d'huile camphrée, les injections de sérum artificiel, à moins que l'enfant ne soit déshydraté, ne présente une chute de poids, de l'anorexie. Nous ne croyons pas beaucoup à l'efficacité des lavements en pareil cas; néanmoins, si les glaires sont très abondantes, il est indiqué d'administrer de petits lavements au sérum physiologique, une à deux fois par jour pendant quelques jours.

Les syndromes dysentériques s'accompagnent presque toujours de douleurs abdominales intenses. Il convient de les soulager, soit par l'application de cataplasmes de graines de lin ou d'antiphlogistine sur l'abdomen, soit par l'administration de médicaments. Contre l'élément douleur, nous prescrivons d'abord l'huile de paraffine, à petites doses souvent répétées, comme le conseillent les médecins qui soignent beaucoup de dysentéries dans les pays chauds; mais dans les formes graves ou rebelles au traitement précédent, nous n'hésitons pas à employer l'élixir parégorique, à la dose de 5 gouttes par année d'âge, et plus si nécessaire.

III. Période de convalescence:

Sous l'influence du traitement que nous venons d'indiquer, la guérison survient en général vers le dixième ou le quinzième jour, dans les formes de moyenne intensité. Pendant la convalescence, le médecin se préoccupera de remonter l'état général, au moyen de la *cure d'air*, et au besoin de l'*actinothérapie*, si l'enfant est pâle, nerveux, insomnique. Très souvent après la guérison, le malade continue d'avoir de temps à autre des douleurs abdominales et des glaires dans les selles. Il faut rassurer la famille: ces symptômes disparaissent habituellement après quelques semaines, si le régime alimentaire est bien suivi et si l'hygiène de vie de l'enfant est convenablement organisé.

PAUL LETONDAL,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Chef de service à la Crèche de la Miséricorde.

LA COLIBACILLURIE ET LA SÉROTHÉRAPIE

Nous savons, depuis longtemps, le rôle du *colibacille* dans les infections, mais nous oublions, trop souvent, qu'il existe en permanence dans l'intestin où sa virulence devient une aggravation de la maladie principale: la typhoïde, les parathyphoïdes, l'obstruction intestinale, les lithiases biliaires, la constipation, le dolichocolon. Nous savons quel est son rôle prépondérant dans un grand nombre d'affections des voies urinaires: les pyélonéphrites, compliquées fréquemment de lithiases rénales et de calculs des bassinets; les cystites secondaires, les prostatites. Nous savons aussi qu'on le rencontre fréquemment dans les complications post-opératoires du tube digestif. Que d'affections pulmonaires relèvent du colibacille, par hypostase. Les angio-cholécystites s'accompagnent toujours d'une infection colibacillaire, à cause de sa présence, si fréquente, dans les canaux biliaires. La stase duodénale, trop souvent ignorée, s'accompagne d'une prolifération intense du colibacille qui infecte les segments inférieurs du cholédoque où il se trouve dans des conditions favorables à l'envahissement des segments supérieurs, puis du pancréas. Ces toxines créent un état d'inhibition locale et restreignent la sécrétion externe de ces deux glandes importantes. Bientôt des complications de toutes sortes surgissent. Les stases cœcales accompagnées de coudures réalisent, dans une foule de cas, le vase clos, c'est-à-dire une des conditions les plus favorables à l'exaltation virulente des microbes.

Telle est, en raccourci, la conception actuelle de la *colibacillurie*. Sans doute, nous avons à notre disposition des méthodes logiques de traitement telles que les entéroclyses, très efficaces, mais d'un emploi restreint et souvent difficile. C'est une méthode de traitement qui ne plaît guère aux malades et qui exige une certaine habilité et une technique spéciale relevant soit du médecin soit de la garde-malade. Nous avons aussi les méthodes de dérivation tels que les cholagogues dont la longue théorie s'échelonne de plus en plus, témoignant ainsi d'une efficacité relative ou nulle. Les diètes spéciales, confinant quelquefois à l'inanition, ne sont guère acceptées par les malades et ne répondent pas toujours aux buts que l'on recherche. Il faut donc remonter au point de départ de cette infection et admettre que la cause principale réside dans l'*activité pathogène du colibacille*, dans sa forte vitalité et sa multiplication exceptionnellement rapide à la faveur de toutes les causes que nous avons énumérées ci-dessus.

Nous aurons l'occasion de publier, bientôt, quelques recueils de faits qui le démontrent, mais nous voulons, aujourd'hui, dans cette courte note, insister sur une méthode de traitement que l'on a mise en essai en Europe depuis plusieurs années et qui ne semble pas s'être généralisée suffisamment dans la pratique médicale, ici. Il s'agit du *sérum anti colibacillaire*, préparé par le Professeur Vincent, de l'Institut de France. Dans toutes les affections colibacillaires nous conseillons l'*emploi du sérum anti-colibacillaire*, après lavage du bassinet et de la vessie, lorsqu'il s'agit du *syndrome entéro-rénal*. Nous conseillons le même traitement dans les cas de *cæco-colite proximale*.

Il y a cependant quelques précautions à prendre, car, comme pour le sérum anti-diphtérique, il faut prévoir les réactions sériques. On doit donc procéder de la façon suivante:

1° Donner préalablement la potion suivante:

Benzoate de soude Salicylate de soude	aa	6 grammes
Potion gommeuse	200	"

Le malade doit absorber cette potion dans les 24 heures qui précèdent les injections ou l'ingestion de sérum. Il est sage de continuer, durant le traitement, la même potion à la dose de 3 cuillerées à soupe par jour, avant l'injection ou l'ingestion.

2° On peut, aussi, y associer l'*adrénaline* en *solution* au 1/1000e à la dose de 15 gouttes trois fois par jour, deux jours avant l'injection ou l'ingestion.

Le médecin doit s'enquérir auprès de ses malades s'ils ont manifesté auparavant des crises d'urticaire, ou s'ils ont déjà reçu, antérieurement, des sérums. Dans ce cas on ne doit jamais pratiquer l'injection avant d'appliquer la méthode préventive de désensibilisation que nous venons d'exposer sommairement.

Chez les enfants on peut prescrire la même potion mais par cuillerées à thé au lieu de cuillerées à soupe chez l'adulte.

3° *Doses*: Dans les appendicites gangréneuses avec péritonite on peut donner 80 à 100 c.c. sous-cutanés durant 5 à 6 jours, selon le cas.

Dans les pyélonéphrites, on peut débuter par 50 à 60 c.c. par jour en diminuant graduellement à 20 c.c. durant 6 à 8 jours.

Dans les cas moins aigus, chroniques, on peut administrer le sérum à la dose de 20 c c. dans un demi-verre d'eau, le matin à jeun. Chez les enfants on peut diminuer la dose de moitié.

Telle est la technique sommaire de l'emploi de ce sérum dont l'action, dépourvue de toxicité, produit des effets surprenants dans toutes les infections qui relèvent du colibacille. Nous aurons, d'ailleurs, l'occasion de revenir sur cette question en publiant un mémoire très documenté du Professeur Vincent lui-même, à qui nous en avons fait la demande. Nous sommes trop peu renseignés sur cet important chapitre de pathologie générale et de thérapeutique appliquée.

LeSAGE.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA GALE

I — **Frotte de l'Hôpital Saint-Louis; à la pommade d'Helmerich-Hardy,** irritante et de moins en moins en usage.

II — **Pommade soufrée:**

Soufre précipité lavé . . .	50 grammes
Carbonate de potasse . . .	25 grammes
Axonge Q.S. pour	300 grammes

Faire application pendant 3 soirs, après savonnage; lavage des vêtements à la fin du traitement.

III — **Pommade au baume du Pérou:**

Baume du Pérou	10 grammes
Styraxe liquide	20 grammes
Craie préparée	20 grammes
Axonge fraîche Q.S.p. . . .	100 grammes

Employée une dizaine de soirs de suite, de préférence après un savonnage; odeur agréable, facile à appliquer, non irritant, mais prix plus élevé; c'est le procédé de choix chez les enfants, les femmes enceintes et ceux qui ont la peau irritée; la désinfection des vêtements n'est pas nécessaire.

IV — **Créoline de Pearson:**

C'est le TRAITEMENT MODERNE (Belge) en solution à 20% chez les grandes personnes et 10% chez les enfants; émulsion sur la peau avec un tampon de coton hydrophile pendant cinq soirs consécutifs.

Le 6e jour, prendre un bain.

Changer à la fin du traitement son linge et ses draps, qui seront lavés comme d'habitude.

Efficacité rapide, innocuité, simplicité, facilité d'exécution, odeur de goudron.

N.B. Si le traitement est bien fait, le malade est guéri; ce que l'on peut constater par la disparition du prurit des lésions polymorphes, (vésicules, croûtes, excoriations etc.).

Sinon, recommencer encore pendant 3 soirs avec le même procédé. Celui qui partage le lit du galeux est voué à la contagion et il doit être traité le même jour, lors même que dans le temps il n'a pas de lésions, car la gale a une incubation d'environ 12 jours.

Paul POIRIER.

APPETIT
POIDS
FORCE

REALPHENE

APPETIT
POIDS
FORCE

ÉTHER PHOSPHORIQUE DU GLUCOSE
ET ACÉTYLAMINO
OXYPHÉNOLARSINATE DE CHAUX

Société Générale d'Applications Thérapeutiques. 98, de Sèvres Paris (VIIe).

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES MONTRÉAL

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirop)
Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose,
à 4 cuillerées à potage par jour.
ANCOSME, 19, rue Alain Chartier, PARIS (XVe)

Littérature et Echantillons: ROUGIER & FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal.

SANATORIUM DE BLOIS

23, Avenue Laviolette, TROIS-RIVIERES, Qué.

Fondé en 1896

Maison de repos, de régimes et
de convalescence
Affections nerveuses en général

Maladies de l'estomac et de l'intestin ; surmenage, troubles de la nutrition. Neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications, morphine, alcool, etc. Psychotérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violets, etc.

DEUX MEDECINS RESIDENTS

PRIX MODERES

Pour prospectus illustré, s'adresser au

Directeur, DR C. DE BLOIS
Trois-Rivières, P. Q.
Téléphone, 932

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

REVUE DES LIVRES

Quelques vérités premières, ou soi-disant telles, en pneumologie clinique.
Un volume de 80 pages, chez Masson & Cie, éditeurs.

Par le Professeur Emile SERGENT.

L'inlassable activité du Professeur Emile Sergent nous vaut aujourd'hui, la publication d'un livre récent sur les syndromes pulmonaires. L'auteur exprime, sous forme d'axiomes, suffisamment élaborés, tout ce que le médecin doit connaître et retenir au sujet des affections du poumon. Ce livre s'adresse aux étudiants et aux médecins praticiens. Aux premiers il montre ce qu'il y a de capital dans les questions qu'ils s'efforcent d'approfondir; aux seconds il rappelle les règles de prudence indispensables avant de conclure lorsqu'il s'agit du diagnostic.

Dans son avis aux lecteurs, le Professeur Sergent indique au médecin « comment il doit procéder pour dépister les maladies du poumon, les différencier les unes des autres et, par là, poser les bases essentielles des indications thérapeutiques ». Nous connaissons, d'ailleurs, ces méthodes, qu'il a exposées ici, dans ses cliniques si intéressantes et fécondes en aperçus nouveaux. Il propose de contrôler, les uns par les autres, les résultats révélés par divers procédés d'exploration, car aucun d'eux ne suffit à lui seul. Nous devons tous les mettre en œuvre dans un examen clinique.

En premier lieu, il veut que l'on étudie l'être humain normal. Ce n'est qu'après une longue observation qu'on peut arriver à une spécialisation clinique, car un appareil n'est qu'une partie d'un tout pouvant subir toutes les répercussions provenant d'un seul organe malade.

Dans le chapitre 2, l'auteur étudie quelques méthodes d'exploration: 1° l'interrogatoire, seul capable de fournir des précisions concernant le malade: tels les symptômes subjectifs. Il s'agit, dans cette première étape, d'instituer une enquête sur le malade lui-même, le milieu dans lequel il a vécu, ses antécédents personnels ou héréditaires, ses occupations; son aspect, tout ce que peut nous révéler l'œil, la palpation, la percussion, l'auscultation et l'examen radiologique. Ajoutons à cela des examens spéciaux ou directs: le rhino-pharynx, le larynx. *Ce n'est qu'après avoir poursuivi son enquête, minutieuse à tous ces points de vue, qu'on s'adressera au laboratoire.* A chacune de ces étapes l'auteur, en quelques propositions claires, nous indique la voie à suivre et l'interprétation des signes recueillis. Rien n'est plus instructif et intéressant. A chaque page on y rencontre des aphorismes qui résument tout un long chapitre de pathologie générale ou médicale et qui ressemblent à des vérités cliniques.

Dans un 3e chapitre l'auteur étudie les *grands syndromes respiratoires* tels que: l'asthme, les bronchites, l'emphysème, la syphilis, la tuberculose pulmonaire, l'embolie pulmonaire, l'œdème aigu du poumon, les micoses, les cancers primitifs et secondaires, les suppurations pulmonaires chroniques; il

y ajoute des aperçus nouveaux ou rajeunis sur les indications thérapeutiques médicales ou chirurgicales. Puis il aborde les *syndromes pleuraux*: congestifs, exsudatifs, destructifs, etc., en les associant aux aspects radiographiques qui en précisent quelquefois le siège et la nature.

L'auteur s'étend longuement sur l'étude des radiographies. Dans une question comme celle-ci ce chapitre renferme des renseignements de la plus haute importance à cause de la grande expérience de l'auteur et de sa haute autorité.

Enfin, dans la dernière partie de ce chapitre l'auteur étudie les syndromes médiastinaux: par compression trachéale; secondaires à des lésions pulmonaires ou pleurales; le syndrome broncho-récurrentiel. En projetant le médiastin sur l'écran radiologique il montre la distinction à faire entre les ganglions de la région hilaire et les ombres vasculaires qui peuvent nous induire en erreur. Sur ce point il s'exprime ainsi: « Bornons-nous sagement à conclure par ces mots: des ombres ou surcharge de la région hilaire ».

Enfin, il termine par les syndromes diaphragmatiques dont l'étude offre un grand intérêt. Rappelons-nous les magnifiques leçons auxquelles nous avons assisté à Montréal sur cette question. Pour être juste il nous faudrait citer le chapitre en entier. L'étude de la cinématique du diaphragme nous permet, selon l'auteur, de prédire, dans certains cas, un épanchement pleural imminent. Il en est ainsi des radiographies avec lésions du phrénique, tel le syndrome phrénico-pupillaire, ailleurs le syndrome broncho-phrénico-récurrentiel.

Tels sont les points saillants sur lesquels nous nous permettons d'attirer l'attention à propos de ce livre. La lecture en est facile pour tout médecin soucieux de connaître quelques vérités premières en pneumologie clinique.(1)

Albert LeSAGE.

Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale (S.A.P.), par le Docteur Auguste PETTIT, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine.

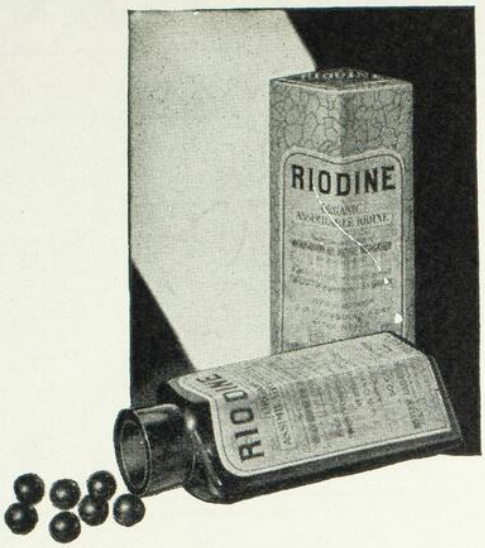
L'auteur a établi (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. 81, p. 1087-1088, 1918) la possibilité de préparer, au moyen du cheval, du sérum antipoliomyélitique (S.A.P.) (1) présentant des avantages essentiels sur le sérum de convalescent.

Pour juger exactement des résultats d'une thérapeutique quelle qu'elle soit, en règle générale, la plus scrupuleuse objectivité est nécessaire; quand il s'agit d'un travail scientifique auquel l'auteur s'est consacré, son impartialité est exposée à des influences perturbatrices. Aussi, je me suis toujours abstenu de faire connaître mon opinion sur la valeur thérapeutique de cet agent médicamenteux. Etant à la fois juge et partie, j'ai laissé à mes confrères de France et de l'étranger le soin de trancher cette question délicate en raison de l'évolution naturelle de la poliomyélite, spécialement de ses rémissions spontanées.

Les conclusions exposées dans le présent article découlent des observations de mes confrères cliniciens, français et étrangers; par scrupule d'impartialité, je n'ai pas tenu compte de mes observations personnelles.

(1) En vente à la Maison J. Eddé, Limitée, New Birks Building, Montréal.

L'efficacité de la MÉDICATION IODÉE avec le danger d'IODISME réduit au minimum.



L'utilité de la thérapie iodée est bien reconnue quoique pendant longtemps ce fût un problème d'obtenir des résultats sans iodisme.

En général, la thérapie iodée est inséparable de l'iodisme, mais en dehors de l'idiosyncrasie, la sévérité des symptômes de l'iodisme est en raison directe de la quantité d'iode retenue dans le sang. Cette quantité, en retour, dépend de la quantité administrée.

RIODINE (Astier)

Iode organique assimilable

Dans la Riodine (Astier) qui est une solution huileuse à 66% d'éther glycérique iodé de l'acide ricinoléique renfermant environ 17% d'iode, l'iode ne subit aucune modification dans l'estomac mais est émulsionné dans l'intestin puis absorbé. En conséquence, il se fixe dans les cellules sous une forme soluble lipoïdique et demeure dans l'organisme pendant longtemps, éliminant la nécessité de doses élevées fréquemment répétées d'iode, cause d'iodisme.

La Riodine (Astier) se prescrit de préférence dans les cas où l'on désire une action prolongée de petites quantités d'iode, par exemple les affections cardio - rénales, l'Artério - Sclérose, l'Asthme, l'Arthrite rhumatismale chronique, l'Emphysème pulmonaire, la Bronchite chronique, la Syphilis latente, l'Empoisonnement par le plomb, l'Hypothyroïdisme, le Goitre simple et l'Obésité.

Pour renseignements et échantillons, écrivez aux Dépositaires canadiens pour les produits des

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER

350, rue Le Moyne
Montréal.

36-48 Caledonia Road
Toronto.

SEDLITZ CHANTEAUD

Granulé et Déshydraté

Laxatif — Purgatif

FOIE — INTESTIN

Sulfate de Magnésie pur.
Tartrate de Soude.

Dose laxative: 1 cuillerée à café
Dose purgative : 1 à 3 cuil. à soupe le matin à jeun.

STÉNOL CHANTEAUD

Tonique — Diurétique

FAIBLESSE — SURMENAGE — NEURASTHÉNIE

	Par cuillerée à café
Caféine	*0 gr. 10*
Théobromine	*0 gr. 10*

Dose: 1 à 2 cuillerées à café par jour.

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, MONTRÉA

TOUTES LES TOUX
SIROP ET GOUTTES
RAMI
au bromoforme

Dépôt : ROUGIER FRERES. Montréal

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères. 350. rue Le Moyne, à Montréal.

Destination du sérum antipoliomyélitique; sa place dans la thérapeutique de la poliomyélite. — Le sérum antipoliomyélitique n'est pas une panacée; il ne vise pas à constituer à lui seul l'arsenal thérapeutique de la poliomyélite. En raison de son pouvoir virulicide, il a essentiellement pour objectif de neutraliser, *in vivo*, le virus poliomyélitique et, par conséquent, de s'opposer à sa diffusion dans le système nerveux, à son ascension vers les centres supérieurs.

La thérapeutique complète et rationnelle de la poliomyélite aiguë épidémique (maladie de Heine-Medin) est complexe: elle comprend trois groupes de moyens: 1° le traitement anti-infectieux; 2° le traitement des dégâts neurologiques; 3° le traitement des infirmités post-poliomyélitiques.

Résultats obtenus en thérapeutique humaine, avec le sérum antipoliomyélitique S.A.P. — 1° Quand on injecte, à des malades, du sérum à la phase préparalytique, il ne se produit ultérieurement ni paralysie, ni parésie;

2° Le sérum bloque l'infection et agit efficacement contre l'ascension du virus, par conséquent contre les troubles bulbaires; il diminue la gravité des séquelles, quand il ne les supprime pas;

3° Le sérum guérit les paralysies de nombre d'adultes (Pr Etienne, Nancy et Pr Bremer, Munich) et même des enfants (Pr A. Casassa, Torino);

4° Le sérum enraye l'évolution de la poliomyélite chez certains sujets dont le bulbe est déjà touché, ce dont le sérum de convalescent est incapable;

5° Le sérum abaisse sensiblement la mortalité.

En faveur de ces conclusions, voici la note adressée aux *Assises* de juillet dernier par le Pr A. Casassa, de Torino: « Depuis quelques années, j'emploie le sérum Pettit (S.A.P.) pour le traitement des malades atteints de poliomyélite antérieure aiguë. Ma statistique porte sur un ensemble de 101 cas. Tous les malades ont été traités à la période des paralysies (d'ailleurs, mon avis est que, sauf pendant une épidémie, la diagnose de poliomyélite antérieure aiguë ne peut pas être sûrement posée avant le développement des paralysies).

Voici les résultats:

Guérisons complètes	61	61	}	93,4
Guérisons avec séquelles	32	32,3 %		
Morts	8	8,08%	5	(2)

Le sérum a toujours été administré par voie intrarachidienne et, au besoin, par voie intramusculaire. Consécutivement à l'injection intrarachidienne ou intramusculaire de sérum Pettit (S.A.P.), on a jamais observé des accidents sériques sérieux, ni des réactions méningées, parfois des réactions transitoires de peu d'importance (rougeole sérique).

---

(1) Le présent article est un exposé très succinct de la question. On trouvera dans: *Sérothérapie antipoliomyélitique*, 1 vol., Paris, Masson et Cie, 1936, les développements nécessaires, une centaine d'observations appartenant à la plupart des formes cliniques actuellement connues, ainsi que la bibliographie annotée du sérum S.A.P.; ils voudront bien consulter, également, le compte rendu de la XXIIe Session des *Assises médicales*, 5 juillet 1936, consacré à la poliomyélite aiguë "in" *Médecine Générale Française*, III, 7, 1936.

(2) La mort, dans trois cas, a été causée par des maladies aiguës et qui, du point de vue étiologique, n'ont aucun rapport avec la poliomyélite (broncho-pneumonie, etc.).

Dès que les mouvements passifs des muscles atteints de poliomyélite n'étaient plus douloureux, les malades ont été traités avec la strychnine *per os*, diathermie, massages, bains chauds, applications électriques (galvaniques et faradiques). Le traitement dura à peu près deux mois (minimum). Les malades traités étaient presque tous des enfants (de l'âge de quelques mois jusqu'à 15 ans) sauf une femme, âgée de 25 ans, qui est guérie complètement.

Tous les cas guéris avec séquelles, la plupart avec séquelles des muscles inférieurs, ont pourtant la possibilité de marcher seuls, dans quelques cas à l'aide de souliers orthopédiques. Quant aux cas guéris avec séquelles des muscles supérieurs (il s'agit presque toujours du muscle deltoïde seulement), ils ont pourtant libres tous les mouvements de la main et peuvent travailler.

En résumant on peut affirmer que le sérum Pettit (S.A.P.) est doué d'un pouvoir curatif incontestable. Il bloque le progrès poliomyélitique, peut guérir les paralysies et diminue sensiblement la gravité des séquelles.

Il doit être employé massivement, préférablement par voie intrarachidienne, le plus tôt possible, et c'est bien si on peut l'administrer dans les premiers dix jours de la maladie. »

Comparaison entre le sérum de convalescent et le sérum antipoliomyélitique d'origine animale (S.A.P.). — Administrer du sérum provenant d'une espèce zoologique quelle qu'elle soit, dont le pouvoir immunisant n'est pas établi, ce n'est pas faire de la sérothérapie mais de la protéinothérapie ou de la thérapeutique de choc. On ne saurait prétendre à faire de la sérothérapie antitoxique et antimicrobienne à moins d'avoir établi que le sérum renferme des substances immunisantes en proportion suffisante paur assurer une action thérapeutique. — « 1° L'Académie de médecine estime qu'en prévision d'une réapparition possible de poliomyélite, il est désirable de pouvoir mettre à la disposition du Corps médical une provision suffisante de sérum d'anciens malades et de *sérum d'origine animale*. — 2° Ce sérum devra être recueilli dans des conditions qui permettent d'assurer son activité et son innocuité ».

Sérum de convalescent. — La récolte du sérum de convalescent est difficile et peu abondante. Aucun gouvernement n'est encore parvenu à constituer des stocks suffisants.

L'organisation nécessaire pour récolter le sérum de convalescent se traduit toujours par une demande de crédits aux pouvoirs publics.

Le Ministère de la Santé Publique a consacré 100,000 francs, en 1932, pour recueillir du sérum de convalescent. Résultat insignifiant. Le Dr Netter a attribué cet échec à l'insuffisance de crédit. Il a déclaré à l'Académie de Médecine que les U.S.A. avaient consacré 7 millions (environ) à cette œuvre. Il a demandé un relèvement de crédit.

L'Institut Pasteur a fixé le prix de l'ampoule de 10 c.c. de sérum S.A.P. à 20 francs. Par conséquent, 100.000 francs auraient permis l'acquisition de cinquante litres de sérum S.A.P. et 7 millions de francs, 3.500 litres de sérum S.A.P.

Le sang donné par les donneurs doit être payé suivant le tarif adopté.

Le sang de tous les convalescents peut être infecté.

Sérum d'origine animale S.A.P. — Le sérum antipoliomyélitique d'origine animale peut être préparé en telle quantité qu'il est nécessaire; seul, il répond aux conditions exigées par l'Académie de médecine.

Aucun cas d'infection n'a été observé chez l'homme traité par les divers sérums de cheval, préparés à l'Institut Pasteur.

Ces renseignements nous sont fournis par le professeur Pettit en vue de renseigner les médecins.

LeSAGE.

LIVRES REÇUS EN JANVIER, FÉVRIER, MARS 1937

Traité de Thérapeutique clinique. Par Paul SAVY, Lyon, France. Volume de 2,716 pages, en vente chez Masson et Cie, éditeurs, Paris. Ouvrage complet en 3 volumes. Prix: 360 frs.

L'infection bacillaire et la Tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Par A. CALMETTE. Volume de 1,025 pages, 70 gravures et 24 planches en couleurs. Chez Masson et Cie, Paris. Broché: 150 frs; cartonné toile: 175 frs.

Rapport du Congrès Français de Médecine. Paris, 1936. Masson et Cie, éditeurs.

Physiologie générale des Articulations à l'état normal et pathologique. Par A. POLICARD. Volume de 214 pages, avec 25 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris. Prix: 36 frs.

Etudes sur le spina bifida. — Par Jacques LEVEUF, Ivan BERTRAND et H. STERNBERG. Volume de 330 pages avec 176 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris Prix: 75 frs.

Les hémorragies utérines avant et après la ménopause. Par Claude BECLERE. Un volume de 210 pages avec 68 figures. Chez Masson et Cie, éditeurs, Paris. Prix: 50 frs.

Le Chirurgien devant l'état puerpéral. Par M. METZGER. Un volume de 335 pages avec 40 figures. En vente chez Masson et Cie, éditeurs, Paris. Prix: 52 frs.

Bill nº 12
LOI RELATIVE A CERTAINES CORPORATIONS SUBVENTIONNEES PAR LA PROVINCE

Sa Majesté, de l'avis et du consentement du Conseil législatif et de l'Assemblée législative de Québec, décrète ce qui suit:

1. Le lieutenant-gouverneur en conseil peut nommer une personne pour le représenter dans le bureau de direction de toute corporation (séculière) administrant un hôpital et recevant, sous une forme quelconque, une subvention du gouvernement de la province.

La corporation doit payer à cette personne la rémunération que fixe le lieutenant-gouverneur en conseil.

2. Tout contrat, tout projet, toute résolution et toute décision du bureau de direction comportant une dépense quelconque doivent, pour avoir effet, être préalablement approuvés par la personne ainsi nommée pour représenter le lieutenant-gouverneur en conseil.

3. La présente loi entrera en vigueur le jour de sa sanction.

Note explicative

Cette loi permet au lieutenant-gouverneur en conseil de se faire représenter dans le bureau de direction d'une corporation laïque administrant un hôpital subventionné par le gouvernement.

Ce bill sera amendé afin de conserver l'autonomie des hôpitaux en accordant au gouvernement un droit de regard à son représentant avec délibération, car il est incontestable qu'il a *le droit et le devoir d'exercer un contrôle* sur l'emploi des deniers publics. — Nous renseignerons nos lecteurs.

ANALYSES

MÉDECINE

M. LOEPER et F. SIQUIER. — **Les œdèmes des hépatiques.** « Paris-Médical », 14 novembre 1936.

L'œdème est fréquent au cours des cirrhoses. Il se voit dans 40% des cas. Il relève de 3 causes différentes: 1° il est essentiellement mécanique par gêne de la circulation cave; 2° il peut être d'origine cardio-vasculaire avec insuffisance ventriculaire; 3° certains cas pourraient s'expliquer par une insuffisance endocrinienne associée. Ce dernier type se rencontrerait fréquemment dans la cirrhose dite pigmentaire ou diabète bronzé (neuro-chromatose des auteurs anglo-saxons). Le rein peut également être en cause.

Les auteurs insistent surtout sur une quatrième variété d'œdèmes moins connus: les œdèmes des hépatites ictérigènes. Guéneau de Mussy, Dieulafoy, Fiessinger, Lefebvre, Bergstrand ont relaté de ces faits. Ces œdèmes sont localisés aux paupières et à la face. Ils se voient au cours des hépatites ictérigènes graves, aiguës ou subaiguës, telles que l'atrophie jaune du foie, la cirrhose graisseuse du foie, etc...

On peut invoquer pour les expliquer des phénomènes de stase ou de compression veineuse. Il faut supposer une hydrophilie particulière des tissus. Abrami et Wallich se sont faits les défenseurs de la théorie osmotique de Gavaerts et Whipple. La pression osmotique diminuerait à la suite de la diminution des albumines du sérum. Malheureusement, la théorie est souvent en défaut.

Les auteurs croient à l'action hydropigène de certains imidazols voisins de l'histamine. Effectivement, dans le sérum de ces œdèmes, ils ont pu en trouver des quantités excessives, jusqu'à 47 milligrammes.

Le cœfficient lipocytique est bouleversé. La vitamine « C » est mal utilisée. Pick et Wagner ont invoqué l'absence d'un facteur diurétique normalement présent dans le foie. Bassaur pense que le foie contient une hormone toni-cardiaque. Il est difficile de se prononcer sur la valeur de ces diverses théories. Les auteurs concluent en disant que ces œdèmes sont à la fois des œdèmes de carence et des œdèmes toxiques dus à la mise en liberté de produits de désintégration hépatique, voisins de l'histamine.

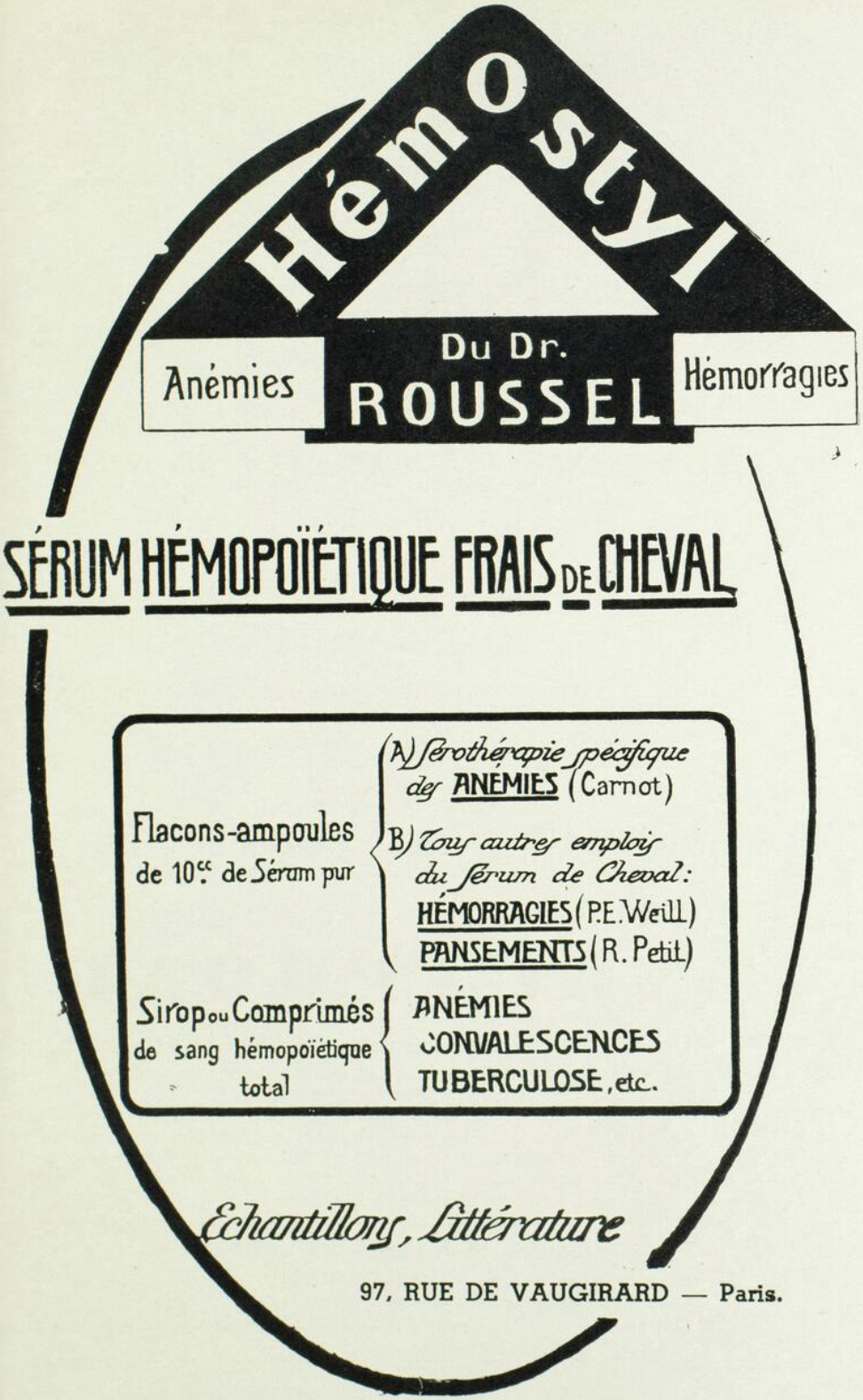
Henri GELINAS.

CARDIOLOGIE

G. W. FISH, M. M. HAND et W. F. KEIM. — **Endocardite infectieuse aiguë due au bacille pyocyanique (Acute bacterial endocarditis due to pseudomonas æruginosa [B. Pyocyaneus]).** « Amer. Journ. of Pathology.»

Les auteurs rapportent un cas de septicémie à pyocyaniques avec endocardite végétante des sigmoïdes aortiques. Le foyer d'infection se trouvait dans la prostate, qui se montra à la fois hypertrophiée et parsemée d'abcès. Un des caractères distinctifs de ces septicémies est l'atteinte inflammatoire de l'aorte et des artères rénales. Les auteurs ont trouvé une grande quantité de bacilles dans ces lésions.

J.-L. RIOPELLE.



J. Eddé, Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

D'ABORD VOUS *ÉCOUTEZ*—
PUIS VOUS *PARLEZ!*

ANGLAIS
ESPAGNOL
ITALIEN
ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT
CHEZ VOUS
QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE

LINGUAPHONE

AVIS AUX PARENTS — **Essayez notre cours FRANCAIS pour habituer vos enfants à bien prononcer et à bien parler leur langue.**

OFFRE SPECIALE : — Pour vous faire connaître et apprécier la méthode Linguaphone, nous vous expédierons, sur réception de **$3.50**, une série complète de **manuels** en n'importe quelle langue avec **disque correspondant pour les deux premières leçons** (valeur régulière **$5.25**). Si vous achetez plus tard un cours complet, ce montant de $3.50 sera déduit du prix régulier.

DEMANDEZ
AUJOURD'HUI
NOTRE BROCHURE
GRATUITE

→

Librairie BEAUCHEMIN Limitée,
430, rue Saint-Gabriel,
Montréal

Veuillez m'envoyer plus amples renseignements sur la méthode Linguaphone.

Nom.....

Adresse.....

Ville.....**Prov.**.....

Quelle langue vous intéresse ?.....

ENDOCRINOLOGIE

V. GRAFF. — **Des nécroses hépatiques au cours des thrombopénies essentilles (Uber Lebernekrosen essentieller Thrombopénie).** « Frankfr. Zeitsft. für Pathologie », B. 50, H. 3, février 1937.

L'auteur étudie deux cas de thrombopénie essentielle de Werlhof. Il cherche l'explication du syndrome hémorragique concomitant dans les altérations des mégakaryocytes de la moelle osseuse.

Pour Frank cette diathèse hémorragique serait la conséquence d'une mégakaryocytoxicose. Pour Kaznelson, au contraire, elle serait due à une thrombocytolyse exagérée au niveau du parenchyme hépatique.

L'auteur partage l'idée de Frank; ses observations histologiques l'y poussent, il a en effet trouvé des mégakaryocytes médullaires très altérés, épuisés, dit-il; tandis qu'il n'a pas remarqué de thrombocytolyse splénique exagérée.

Ce qu'il souligne surtout dans son travail, ce sont des îlots nécrotiques à réaction mésenchymateuse et périphériques aux lobules hépatiques, îlots en tout semblables à ceux rencontrés dans l'éclampsie.

Ces nécroses hépatiques au cours d'une thrombopénie n'ont été observées que trois fois dans la littérature; les deux cas de l'auteur et celui de Getlach.

Ces nécroses ne sont pas dues aux multiples transfusions que les patients ont reçues, parce que les nécroses consécutives à des transfusions sont toujours centrolobulaires et de plus les cellules de Kupffer montrent alors une grande activité phagocytaire.

Elles ne sont pas non plus issues d'îlots néohématopoïétiques, si fréquemment rencontrés au cours des anémies, car nulle part on ne retrouve une réaction d'oxydose positive.

De l'examen de toutes ces causes possibles de nécroses hépatiques, il reste qu'elles pourraient bien être dues à la thrombopénie.

On attribue aujourd'hui un grand rôle au foie sur le fibrinogène. On connaît de plus de nombreux cas de pseudhémophilie fibrinopénique d'Opitz où une absence totale ou partielle de fibrinogène dans le sang est responsable d'une diathèse hémorragique.

La thrombopénie seule n'explique pas tous les cas de diathèse hémorragique, qui est plus tôt la résultante de divers facteurs: thrombopénie, diminution du fibrinogène et lésions vasculaires.

Alph. BERNIER.

A. C. IVY. — **Hormones gastro-intestinales à l'exception de celles qui possèdent une action anti-anémique et circulatoire.** « Journ. Am. Med. Ass. », 7;; 105; p. 58; 17 août 1935.

On croit qu'aucune action hormonale n'entre en jeu pour la sécrétion de la salive. D'autre part, on a émis l'opinion, demeurée à l'état d'hypothèse, que la salive possédât une sécrétion interne pouvant influencer la production d'autres ferments digestifs et le métabolisme du glycose. Il semble que la muqueuse gastrique de la région pylorique libère une hormone, la gastrine,

qui, absorbée, aurait une action sécrétagogue sur les glandes de l'estomac. Il se pourrait aussi que la gastrine agirait par l'histamine qu'elle contient.

La partie supérieure de l'intestin produit: la sécrétine (découverte par Bayliss et Starling, 1903) qui a été isolée sous forme cristalline en 1933, stimulant la sécrétion externe du pancréas; la cholécystokinine constituant le plus puissant excitant physiologique de la contraction vésiculaire; l'entérogastrone qui inhibe la motilité et la sécrétion gastriques; l'incrétine ou la duodénine qui excite les îlots de Langerhans et accroît la production de l'insuline.

Il ne semble pas exister d'hormone d'origine digestive exerçant une activité évidente sur la sécrétine du suc intestinal.

Ces hormones qui physiologiquement jouent un rôle important sur les fonctions sécrétoires et motrices de l'appareil digestif, n'ont pas encore trouvé des applications thérapeutiques pratiques. C'est que, introduites par la bouche ou par voie parentérale, elles ne produisent pas d'influence vraiment définie.

L'administration de la pepsine a connu des faveurs diverses. Elle aurait une certaine efficacité, associée à l'acide chlorhydrique, dans les cas d'achylie et d'anachlorhydrie. De la poudre d'estomac de porc desséché (ventriculaire) serait peut-être plus active dans des cas semblables. Par ailleurs, on réclame des résultats de valeur bien différente selon les malades et les auteurs, de l'usage de la pepsine en injection hypodermique contre l'ulcère peptique.

Quant à l'administration de pancréas ou de pancréatine à des sujets ayant une insuffisance de sécrétion externe du pancréas on sait qu'elle diminue les graisses et les protéines des fèces, augmentant leur absorption, mais on ignore encore quel est le mécanisme intime de ce résultat. On ne sait même pas si la pancréatine n'est pas détruite par les ferments de l'estomac, et on se demande si son activité ne dépend pas plutôt de la lécithine et de la choline qu'elle contient.

La pancréatine influencerait heureusement le rhumatisme déformant et la sclérodermie.

Roma AMYOT.

Randolph WEST. — **Principe anti-anémique du foie et de l'estomac.** « Journ. Am. Méd. Ass. », 105; 6; p. 432; 10 août 1935.

L'influence heureuse d'un régime alimentaire d'une certaine qualité dans les cas d'anémie pernicieuse était connue. Les expériences de Whipple et Robscheit-Robbins (1925) sur des chiens anémiés par hémorragies répétées démontrèrent l'action hématopoïétique du foie ajoutée au régime alimentaire. Minot et Murphy (1928) trouvèrent que le foie et le rein étaient des constituants des régimes spéciaux, les seuls éléments essentiels de régénération sanguine.

On sait maintenant que le foie de veau est, en thérapeutique humaine, le plus puissant agent curatif de l'anémie pernicieuse. Dès le quatrième jour du traitement, les réticulocytes du sang augmentent considérablement en nombre, passant de 2% à 40% environ, vers le 7ème ou 8ème jour. Plus tard, leur taux diminue graduellement en proportion de l'augmentation du nombre

AIDE BIENVENUE À LA LACTATION

Ovaltine est un concentré alimentaire pur et sain, légèrement aromatisé d'une très petite quantité de cacao de qualité supérieure. Elle offre, sous forme condensée, la valeur nutritive des œufs, du malt d'orge et du lait entier en proportions bien balancées. Elle est approuvée par les médecins en Grande-Bretagne et sur le continent et d'un usage très répandu dans les hôpitaux.

OVALTINE

Aliment - Tonique - Liquide

Aide aux Mères à Allaiter Leurs Bébés

Elixir-Ducro

TONIQUE RECONSTITUTIF PAR EXCELLENCE

L'ELIXIR DUCRO s'adresse particulièrement aux malades affaiblis et sans appétit.

Son goût très agréable (dû aux écorces d'oranges amères) le fait toujours accepter, quelle que soit la répugnance pour les aliments. Il est facilement digéré par les estomacs les plus rebelles. Il procure, dès l'absorption, une sensation de bien-être qui redonne courage et confiance au malade.

IL EST PRESCRIT:

Dans l'ASTHENIE, l'anorexie, les convalescences, à la dose d'une cuillerée à soupe avant ou après les repas, selon les cas;

Dans la GRIPPE et la PNEUMONIE, où il remplace avantageusement la potion de Todd.

Son emploi peut accompagner le traitement médical institué pour chaque cas.

DURIEZ, Successeur de Ducro & Cie

Dépôt Général pour le Canada: ROUGIER FRERES, à MONTREAL.

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

Nouvelle Médication du Salicylate de Soude.

SODIOSAL

Granulé effervescent à base de Salicylate de Sodium naissant et d'Iode organique.

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

100 ouest, rue SAINT-PAUL MONTRÉAL

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE R.C. 221839

LABORATOIRES **ROBIN**, 13, Rue de Poissy, PARIS.

J. Eddé, Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

des hématies. Les hématies ont tendance à atteindre un chiffre normal vers à peu près un ou deux mois après le début du traitement.

Les lésions nerveuses de l'anémie pernicieuse peuvent aussi s'améliorer, mais à condition que le nombre des hématies soit maintenu à 5.000.000 ou plus. En associant l'emploi de la vitamine B. en injection, on obtiendra un meilleur résultat. Les lésions des nerfs périphériques disparaîtront plus facilement.

Plus le début des lésions neurologiques sera récent, plus complet sera le succès.

D'autre part, les troubles digestifs disparaissent assez rapidement (glossite, diarrhée). L'anachlorhydrie cependant persiste.

Les travaux de Cohn, ceux de Gänsslen et Castle ont permis l'usage des extraits de foie de veau par voie parentérale. Administré de cette dernière façon, l'extrait de foie produit une action de 50 à 70 fois plus marquée que le poids équivalent de foie de veau pris par la bouche. L'auteur préconise la voie intramusculaire.

Le facteur antianémique de foie de veau d'après les importants travaux de Castle (1928) semble être fait de deux éléments: le *principe intrinsèque* et le *principe extrinsèque.*

Le premier, probablement une enzyme, le plus important et celui qui fait défaut chez les malades, est fourni par l'estomac; pour devenir efficient, il doit s'associer au second apporté par les aliments. C'est donc l'action du principe intrinsèque de l'estomac sur le principe extrinsèque des aliments (surtout les viandes) qui crée le facteur antianémique probablement emmagasiné dans le foie en tout cas contenu dans ce viscère et le rein. Le principe intrinsèque de l'estomac, et on comprend qu'il manque aux sujets à anémie pernicieuse et à dégénération sub-aiguë de la moelle dont l'estomac offre de l'anachlorhydrie, de l'achylie et de l'atrophie de la muqueuse, n'est ni la pepsine, ni l'acide chlorhydrique. Il est détruit par une température de 70 C. agissant pendant une heure. Il est particulièrement contenu dans la muqueuse de l'antre pylorique. Le principe extrinsèque ne semble pas être la vitamine B^2 (G), comme on l'avait cru.

Ces travaux de Castle ont porté Sturgis et Isaacs à administrer de la poudre d'estomac de porc. Les résultats furent favorables. On croit qu'en administrant de l'estomac desséché à température basse et pulvérisé, on fournit le principe intrinsèque de la muqueuse et le principe extrinsèque que la musculeuse de la paroi peut suppléer.

Le foie de veau rend de grands services dans les cas de sprue, de pellagre, des anémies de la grossesse, de la cirrhose du foie par troubles gastro-intestinaux par botriocéphale. Les anémies qui guérissent par le fer bénéficient accessoirement de la thérapeutique par le foie.

Mais, bien des notions manquent encore au problème pathogénique de l'anémie pernicieuse et surtout de la dégénération sub-aiguë de la moelle. La cause est-elle toujours la même? La pathogénie est-elle identique pour les deux groupes de lésions? Le fait que l'estomac de certains malades à dégénération sub-aiguë, présentant de l'achylie, contienne par ailleurs le facteur intrinsèque de Castle, devient troublant et pousse les chercheurs à approfondir davantage la question.

Roma AMYOT.

Une formule nouvelle

PHOSPHO-STRYCHNAL

groupe en un seul produit

La médication strychnique
La médication phosphorée
La médication polyphosphatée

Gouttes 20 à 40 par jour.

Asthénie - Anorexie - Convalescence

Laboratoires Longuet
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

Une Médication fidèle

OCREINE GREMY

Principe actif du Corps jaune de l'ovaire

Traitement des troubles menstruels par insuffisance ovarienne

2 à 5 Pilules

pendant les huit jours qui précèdent les règles et pendant leur durée

Laboratoires Gremy
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

PEPTONATE DE FER ROBIN

GOUTTES VIN ELIXIR

ANÉMIE - CHLOROSE DÉBILITÉ

R.C. 221839

LABORATOIRES **ROBIN**, 13, Rue de Poissy, PARIS

J. Eddé, Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

C. A. HELLWIG. — **Goitre colloïde diffus. (The diffuse colloid goiter.)** « Surg., Gyn. & Obst. », mars 1937.

En 1927, lors de la Conférence Internationale du Goitre, à Berne, McCarrison mentionnait le fait que « les connaissances médicales sont très limitées quant à la distribution géographique du goitre colloïde diffus. Il en est de même de l'étiologie et de la biochimie du goitre », ajoutait-il.

Actuellement, tout comme en 1927, Hellwig constate que cette situation n'a pas été modifiée avec les quelques années qui nous séparent de la Conférence de Berne.

Il y a intérêt, dit Hellwig, d'étudier une forme clinique du goitre, qui englobe 90% de tous les cas que le clinicien rencontre.

Le goitre colloïde avec ou sans hyperplasie ne constitue pas deux entités morbides distinctes. Il s'agit seulement d'un degré d'évolution du colloïde.

Quand l'évolution du colloïde reste stationnaire il y a prolifération épithéliale; les cellules vésiculaires prennent la forme cylindrique et donnent naissance à de nouveaux acini. La prolifération épithéliale est plus marquée si le colloïde est accompagné d'hyperplaxie.

La présence d'un prolifération épithéliale est un argument péremptoire contre la conception qui veut que le goitre colloïde soit le résultat d'une involution.

La glande thyroïde répond à l'agent goitrigène en augmentant sa sécrétion cellulaire. Le goitre colloïde se développe au niveau d'une glande normale.

Cette forme clinique est le résultat d'un hypofonctionnement de la glande thyroïde. L'hyperplasie répond à une grande demande d'hormone de l'organisme, spécialement chez l'adolescent et la femme enceinte.

Le colloïde qui persiste après l'âge de 25 ans devient toxique dans 81% des cas.

Hellwig dit que le goitre colloïde en évolution présente l'aspect histopathologique du goitre exophtalmique. Il ajoute que le goitre exophtalmique est le degré ultime de l'évolution du goitre colloïde.

Le goitre colloïde n'est pas dû à une déficience iodée non plus qu'à une cause endémique.

Voici quelques-unes de ses conclusions:

1. Le goitre colloïde se développe sur une glande thyroïde normale et non en déficience.

2. A l'époque de la puberté et de la grossesse le petit colloïde diffus est physiologique. C'est une réponse à la demande de thyroxine de l'organisme.

3. Après l'âge de 25 ans le colloïde est susceptible de devenir toxique.

4. Les relations anatomiques sont étroites entre le goitre colloïde et le goitre exophtalmique.

Réal DORE.

PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

AUX ENFANTS : 10 à 30 gouttes par jour. — AUX ADULTES : 40 à 60 gouttes par jour.

Échantillons sur demande à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ. COURBEVOIE — PARIS

Dépôt général pour le Canada: **J. Eddé, Limitée,** New Birks Bldg., Montréal.

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

PHTISIOLOGIE

P. PRUVOST et D. PESCAROLO. — **Les pleurésies invisibles.** « Paris Médical », 23 janvier 1937.

Ce sont des pleurésies confirmées par des signes cliniques et par la ponction exploratrice, alors que l'image radiologique ne démontre rien d'anormal, comme pour certains pneumothorax invisibles ou marqués.

1. Pleurésies invisibles d'une façon absolue, n'apparaissant sur aucune radiographie prise de face, de profil ou oblique.
2. Pleurésies masquées ou invisibles d'une façon relative, c'est-à-dire qu'elles apparaissent en faisant varier la position du malade.
3. Pleurésies cachées, lorsque le thorax est sombre.

Beaucoup prétendent qu'un épanchement au-dessous de 200 à 300 c.c. n'est pas décelable radiologiquement. Même pour les hydrothorax des brightiques en particulier 500 c.c. peuvent passer inaperçus. Une distribution particulière du liquide dont l'état physique est variable, rendrait invisible ces épanchements abondants d'une façon absolue.

Au point de vue physique, c'est la plus ou moins grande élasticité pulmonaire, c'est l'état plus ou moins dépoli de la plèvre, ce sont les forces capillaires, c'est le poids spécifique et la viscosité du liquide qui joueraient les plus grands rôles. Ce sont les modifications du parenchyme pulmonaire qui causeraient l'invisibilité de ces pleurésies qui ne sont cependant pas fréquentes. Au point de vue étiologique, il ne semble pas que les pleurésies invisibles soient d'origine tuberculeuse. Elles se rapportent soit à des épanchements cardiaques, brightiques ou pneumoniques, soit à des pleurésies purulentes.

L'état physico-chimique du liquide pleural influence l'invisibilité absolue des épanchements; ainsi l'absorption peut faire varier la visibilité de l'épanchement. La nature chimique, le nombre moléculaire et partant l'absorption de l'eau des liquides organiques du pus sont très voisins et pratiquement impossibles à différencier radiographiquement. Le sang, le pus présentent un obstacle plus considérable qu'un exsudat séro-fibrineux; les hydrothorax sont ainsi moins denses.

Aussi un emphysème pulmonaire exagéré peut parvenir à masquer jusqu'à un certain degré un épanchement pleural liquidien. Enfin, ce sont dans les pleurésies lamellaires étendues en manteau avec des plèvres libres et avec un poumon congestif, plongeant comme un bloc compact dans le liquide que sont réalisées ces pleurésies invisibles d'une façon absolue.

Les épanchements liquidiens marqués ou invisibles d'une façon relative sont plus fréquents. Ils consistent le plus souvent dans des collections minimes cachées au début dans un cul-de-sac. Ces épanchements sont toujours peu abondants 150 à 200 c.c. et demeureront invisibles tant que leur limite supérieure n'aura pas atteint la coupole diaphragmatique, si on les explore seulement d'avant en arrière. Il faudra donc varier les positions.

En dernier lieu, des épanchements pleuraux peuvent demeurer cachés par une opacité thoracique trop grande (fibrothorax, atélectasie pulmonaire ou pleuropulmonaire) par exemple au cours d'une pleurésie enkystée dans une coque plus ou moins épaisse de pachypleurite.

Paul-René ARCHAMBAULT.

HYGIÈNE

Les services sanitaires des compagnies d'assurance-vie et les examens sanitaires périodiques. 28e rapport sur le Service sanitaire dans l'assurance-vie. Berlin, mars 1936. « Off. Int. Hyg. pub. », XXVIII, 36, 1606. Année 1936.

Dans le vingt-huitième rapport publié par la « Centrale allemande pour le service sanitaire de l'Assurance-Vie » (mars 1936) Neustätter signale le « Congrès pour la Médecine d'Assurance-Vie » qui s'est réuni récemment à Londres. A ce congrès, présidé par Sir Walter Langdon Brown, on a pu constater que les services sanitaires des compagnies d'Assurance-Vie avaient pris dans plusieurs pays, depuis quelques années, une notable extension. L'Assurance-Vie commence à jouer un rôle nouveau dans l'hygiène publique. Le président du congrès a pu remarquer que, grâce au développement des services sanitaires, l'Assurance-Vie pouvait se proposer à l'avenir deux objectifs nouveaux: l'extension de l'assurance à des risques défavorables jusqu'à présent écartés, et l'action sanitaire en liaison avec les institutions de médecine préventive d'hygiène.

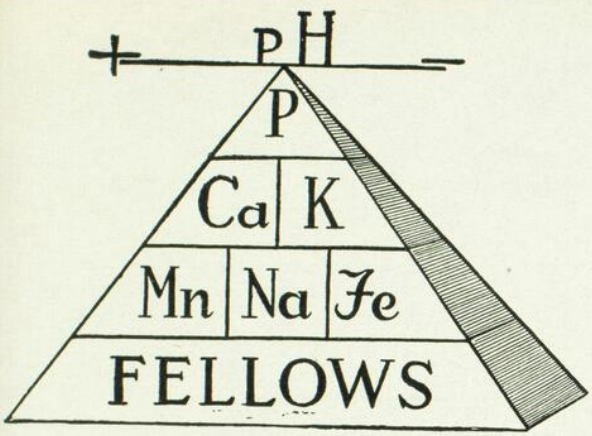
Le système des examens médicaux périodiques préventifs, appliqué en Europe par diverses compagnies, est de plus en plus apprécié par les intéressés, si l'on en juge par le nombre croissant d'assurés qui en font usage. De plus des statistiques particulières montrent une diminution relative de la mortalité dans le groupe des assurés qui se soumettent à des examens périodiques, comparé au groupe des assurés non examinés.

Le rapport fait voir les résultats obtenus dans les divers pays d'Europe, notamment en Allemagne, en Belgique, en Italie et en Suisse, par la mise en œuvre du système des examens préventifs périodiques. Enfin ce rapport fournit des renseignements sur les services sanitaires de l'Assurance-Vie dans d'autres pays, et renferme une savante bibliographie relative à des questions techniques de diagnostic et de prophylaxie.

S. ROCH.

G. H. W. JORDANS, A. ZIJLMANS et J. BROOS. — **Empoisonnement par le plomb chez les ouvriers cigariers.** « Off. Int. Hyg. pub. », XXVLII, 36, 1602, 1936.

Les auteurs ont eu l'occasion d'examiner plusieurs ouvriers des manufactures de cigares, à Eindhoven. L'aspect général de grand nombre d'ouvriers dénote un mauvais état de santé que n'expliquent ni des conditions de travail défectueuses (l'hygiène des ateliers étant aujourd'hui très améliorée), ni le fait que ce travail n'exige pas des sujets vigoureux (la moyenne des quatre mille (4,000) ouvriers cigariers d'Eindhoven étant d'une bonne constitution), ni une intoxication chronique par la nicotine (dont les symptômes n'existaient dans aucun des cas étudiés). Les auteurs croient, bien que ce genre d'accidents n'ait, à leur connaissance, jamais été décrit en relation avec le travail dont il s'agit, qu'une intoxication par le plomb est en cause. Ils rapportent en détail les observations de six cas hospitalisés. Le tableau



EQUILIBREZ LE pH

et tonifiez l'organisme tout entier avec le

. . SIROP FELLOWS AUX HYPOPHOSPHITES .

qui, grâce à sa formule scientifiquement étudiée, corrige les insuffisances de sels minéraux et constitue un tonique sans égal.

Echantillons sur demande

FELLOWS MEDICAL MFG. CO., LTD.
286 Rue St. Paul, Ouest,
Montreal

Tout Déprimé
» Surmené

Tout Cérébral
» Intellectuel

Tout Convalescent
» Neurasthénique

est justiciable de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - ***Ni sucre, ni alcool.***

CHLORAMINE FREYSSINGE
Pil. glut. titrées à 0.05 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
DÉSINFECTION INTESTINALE PORTEURS DE GERMES

CAPSULES DARTOIS
0,05 Créosote titrée en Gaïacol. 1 à 3 à chaque repas.
CATARRHES et BRONCHITES CHRONIQUES, 6, R. Abel, Paris

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

THYVACRINE No 10 C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:
Ovaire complet 10 grains, Thyroïde 1 grain.

INDICATIONS:—

Aménorrhée soit occasionnelle causée par émotion vive, froid aux pieds, fatigues, etc., ou générale telle que chloro-anémie, tuberculose, changement de vie, convalescences, etc. Troubles de la ménopause, etc. Ménorrhagie et dans les syndromes à prédominance ovarienne.

NEUROCRINE No 5 C & C

Chaque comprimé représente: Teinture de Valériane 40 gouttes, Surrénale ½ grain, Substance Cérébrale 10 grains, Thymus 3 grains.

INDICATIONS:—

Neurasthénie, Perte ou sommeil agité cause nerveuse, Surrénalites aiguës ou chroniques, Névroses, Hystéries, Hyperexcitabilité psychique, Fatigues, Surmenage, Epuisement de l'énergie et tous autres troubles nerveux.

DIACRINE No 6 C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:
Ilots du pancréas 10 grains, Duodénum 1 grain, Amygdale 2 grains.

INDICATIONS:—

Insuffisance intestinale, Pancréatite chronique, Irritation du pancréas, Dyspepsies pancréatiques, Diabète.

PRIX: — En bouteilles de 50 doz. $10.20
En bouteilles de 100 doz. $18.00

Echantillon sur demande.

CASGRAIN & CHARBONNEAU

LIMITEE

28-30, rue St-Paul Est
MONTRÉAL

Pharmaciens en Gros
Instruments de Chirurgie
Instruments pour Dentistes
Rayons-X et Physiothérapie

Téléphone:
LAncaster *3292.

général, les antécédents pathologiques des malades sont ceux de l'empoisonnement par le plomb; la porphyrinurie est élevée. Des symptômes analogues caractéristiques sont constatés chez d'autres ouvriers des mêmes fabriques, plus légèrement atteints et n'ayant pas dû interrompre leur travail. Les premiers résultats d'une enquête générale commencée par les auteurs indiqueraient que 25 ouvriers sur 100 sont ainsi atteints.

D'où proviennent ces intoxications? Selon toute vraisemblance, des plaques de zinc sur lesquelles les ouvriers coupent les cigares et qui contiennent environ un pour cent de plomb. Elles devraient être obligatoirement remplacées par des tablettes en bois dur (qui seraient techniquement aussi appropriées pour la fabrication).

S. ROCH.

CHIRURGIE

J. M. McCAUGHAN et Ph. D. et G. O. BROUN. — **La valeur de la pancréatectomie partielle dans les états convulsifs associés à l'hypoglycémie.** « Annals of Surgery », 1937, 105, 354.

Les succès obtenus par la chirurgie dans le traitement des troubles endocriniens sont un des plus grands triomphes de la chirurgie moderne. Les A. rapportent 6 cas présentant des convulsions associées à un état hypoglycémique. Ces 6 malades furent traités par la pancréatectomie partielle. Chez un seul malade, une tumeur fut trouvée à l'intervention. Dans aucun cas l'opération fut suivie par la disparition totale des phénomènes convulsifs; il y eut amélioration nette dans 3 cas et aucune modification dans les trois autres. Malgré ces résultats plus ou moins probants de la valeur de l'intervention, les A. considèrent que l'exploration chirurgicale du pancréas est justifiable dans les cas d'hypoglycémie associés à des états convulsifs sérieux qui ne sont pas améliorés par le traitement médical. Un adénome de la glande peut être en cause et son exérèse donnera de bons résultats. Si, aucune tumeur n'est trouvée, le fait de pratiquer une pancréatectomie partielle n'est pas dangereuse et donnera sinon une cure parfaite des troubles existants du moins une amélioration dans un pourcentage encore cependant difficile à établir.

Mercier FAUTEUX.

A. RANDALL et A. E. BOTHE. — **La valeur des irradiations dans les tumeurs du testicule.** « Annals of Surgery », 1937, 105, 385.

D'après les A., il n'y a aucun doute que la radiothérapie est un aide précieux dans le traitement de ces tumeurs et qu'elle doit précéder l'exérèse chirurgicale. L'exérèse, sans traitements radiothérapiques au préalable, aurait donné moins de 10 p. 100 de guérison; cependant, l'exérèse associée à l'ablation totale du réseau lymphatique, donnerait une guérison dans 19 p. 100. D'un autre côté, l'irradiation seule, assurerait une guérison dans 29 p. 100 des cas.

Il ne faudrait pas, en se basant sur ces chiffres, conclure que la radiothérapie seule doit être considérée comme le traitement idéal de ces tumeurs; elle doit agir en même temps que l'exérèse; elle doit la précéder dans tous les cas. Ainsi envisagé, le traitement de ces tumeurs donnera un pourcentage de guérison beaucoup plus élevé.

Mercier FAUTEUX.

Max. LEVY. — **A propos du traitement de l'ulcère duodénal à forme hémorragique par la gastro-entéro-anastomose.** « Arch. Mal. App. Digestif », 1937, 27, 54.

L'A., malgré le courant actuel d'instituer la gastrectomie comme traitement rationel de cette forme particulière d'ulcère, continue à faire pratiquer chez ses malades, la gastro-entérostomie. Et, à l'appui de ce principe, il apporte une observation, parmi plusieurs autres, parce qu'il la considère très typique.

Ce qu'il est intéressant de noter de cette observation, c'est que le malade, 6 ans après l'intervention chirurgicale, ne souffre plus et n'a jamais eu de sang dans ses selles.

Malheureusement, cette communication n'apporte pas en même temps des clichés radiographiques montrant: *a*) le fonctionnement de l'anastomose; *b*) l'état actuel de l'ulcère duodénal.

Mercier FAUTEUX.

Maurice BRUN. — **Diagnostic anatomique et clinique de l'ulcère chronique de l'estomac et de certaines formes de cancer gastrique** (Déductions thérapeutiques). « Thèse de Lyon », 1934.

Cette thèse très intéressante et basée sur l'étude d'une trentaine d'observations avec examen histologique montre encore une fois qu'il existe parmi les ulcères anciens, *un nombre important de lésions néoplasiques.* Il est évidemment difficile de savoir s'il s'agissait dans ces cas de cancer ulcéré ou d'ulcères cancérisés. Mais comme nous avons eu l'occasion de le répéter à maintes reprises, qu'importe ces discussions sur le mécanisme de production du cancer gastrique, le fait demeure que nous sommes à un certain moment clinique en présence de cancer gastrique. Ce qu'il est permis de conclure à la suite de la lecture de cette thèse c'est que l'ulcère chronique gastrique pose des problèmes très différents de l'ulcère duodénal et qu'étant donné que les cancers véritables évoluent très souvent sous le masque d'un ulcère, il est opportun d'instituer un traitement chirurgical précoce dans ces cas. Il ne s'agira pas évidemment d'une gastro-entérostomie mais d'une gastro-pylorectomie large.

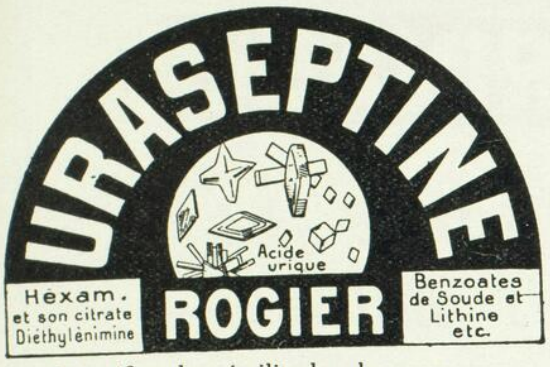
Mercier FAUTEUX.

Correa BRANDINO. — **Lever précoce et lever immédiat de nos opérés.** « Lyon Chirurgical », T. 34, No 1, janv.-févr. 1937, p. 37-48.

Ce travail est basé sur 138 opérations de la même clinique, de 1933 à 1936. Avant 1927, l'A. ne faisait marcher ses opérés qu'au 25e jour.

Entre autre cas, l'A., au début du travail, cite un gastrectomisé occupé à faire son lit, le matin du cinquième jour, et un infirmier appendicectomisé, reprenant son travail le lendemain de l'opération sans le moindre inconvénient.

ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence



Se méfier des similitudes de noms

Diathèse Urique
Arthritisme

dissout et chasse l'acide urique

GRANULE entièrement soluble dans l'eau 0.60 centigr. de matière active par cuillerée à café

DOSE: 2 à 6 cuillerées à café par jour.

Stimulant de l'activité hépatique et de l'activité rénale

INDICATIONS: Pyélites — Pyélo-néphrites — Bactériuries — Cystites — Prostatites — Urétrites — Pyuries — Blennorrhagies — Abcès urineux — Phosphaturie — Catarrhe de la Vessie — Goutte — Gravelle — Coliques hépatiques et néphrétiques — Rhumatismes — Calculs — Sables, etc., etc.

Echantillon et Littérature: **HENRY ROGIER, Pharmacien, Ancien interne des Hôpitaux de Paris.**
56, Boulevard PEREIRE, PARIS

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.

MODÉRATEUR CARDIAQUE
SÉDATIF NERVEUX
ANTI-SPASMODIQUE

CARDIOSÉDINE

Action combinée de l'Aubépine, du Saule Blanc et de l'Isovalérianate de Quinine jointe à celle du Phényl-éthyl-malonylurée.

•

INDICATIONS:
Arythmie, instabilité cardiaque, extrasystoles, troubles dus aux spasmes vasculaires de l'hypertension, angine de poitrine, etc.

•

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

•

Importations Européennes Ltée

637, rue Craig ouest **MONTRÉAL**

Tél. LA. 0315

J. Eddé, Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

A VOTRE DISPOSITION

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Toutes opérations de banque et de placement

553 bureaux au Canada

Filiale à Paris

Banque Canadienne Nationale (France)

37, rue de Caumartin

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

L'A. fait un court historique, de la méthode dont l'application remonte à 1889, et rappelle l'essor donné à cette question par Chalier de Lyon.

L'A. constate les heureux avantages de la méthode:

Sur le rétablissement rapide des fonctions physiologiques,
Sur les crises de gaz post-opératoires,
Sur les évacuations alvines et les mictions,
Sur les accidents pulmonaires (surtout chez les vieillards),
Sur les ankyloses, raideurs articulaires, atrophies musculaires p. op.
Sur les thromboses et embolies,
Sur le psychisme des opérés,
Sur la convalescence écourtée, et le retour rapide à la vie normale,
Sur la rapide disponibilité des lits des services chirurgicaux,
Sur la simplification des soins post-opératoires,
Sur le pronostic opératoire plus aisé qui élargit les indications opératoires.

L'A. cite comme contre-indications à l'emploi de la méthode du lever soit précoce, soit immédiat:

Fortes hémorragies,
Malades anémiés,
Infections abdominales suppurantes,
Déprimés avec pouls instable,
Cardiaques décompensés ou en menace d'hémorragie.

Trois préceptes rigoureux pour l'innocuité de la méthode:

Aseptie absolue.
Hémostase parfaite,
Sutures soignées.

L'A. n'a constaté ni accident ni mort avec cette pratique. Il entend par lever précoce, le lever au bout des 12 heures qui suivent l'opération; par lever immédiat ceux levés sitôt l'opération terminée, malades marchant de la table vers le lit. L'anesthésie employée par l'auteur; épidurale pour 136 opérés, loco-régionale et paravertébrale pour 2 opérés. L'A. explique la réfection de ses parois. La majorité de ses cas sont des opérations abdominales (dont 4 gastrectomies larges, levés dans les 96 heures post-opératoires). certain nombre d'opérations sont des cas simples, où le lever ne présente guère d'intérêt en raison de la très grande facilité du lever en l'occurrence (du moins à notre sens).

L'horaire des levés des malades de l'A. est le suivant:

Lever immédiatement après l'opération	75 cas,
Lever dans les 12 heures	2 "
Lever dans les 24 heures	35 "
Lever dans les 48 heures	5 "
Lever dans les 72 heures	7 "
Lever dans les 96 heures	14 "

La bibliographie qui termine le travail semble un peu courte. Plus élaborée (et les travaux publiés sur cette question, dans les différents pays du monde sont actuellement très nombreux) elle contribuerait aussi à dissiper l'appréhension de certains chirurgiens vis-à-vis de cette méthode, qui ne présente aucun danger si employée à bon escient.

Pierre SMITH.

O. LAMBRET et J. DRIESSENS (de Lille). — **L'action des irradiations infra-rouges sur les modifications humorales post-opératoires.** « Mém. Acad. Chir. », T. 63, No 2, p. 48-53.

Devant les résultats annoncés par Paschoud, par Moure et Bastien, par Leriche, les auteurs étudient l'action des Rayons I. R. au point de vue humoral.

L'appareil de Walther est utilisé à cet effet. Il s'agissait d'opérations majeures sur les voies digestives et les organes pelviens. Les I. R. furent appliqués pendant toute la durée des opérations, les U. V. pendant les dix dernières minutes. Les A. ont aussi constaté des suites opératoires nettement simplifiées; fatigue moins grande, pouls bien frappé, retour rapide des fonctions urinaires et intestinales, tension artérielle normale, état général excellent. Les A. n'ont pas constaté l'absence des douleurs notées par Paschoud. Les I. R. sont sans action sur les phénomènes biophysiques et freinent sensiblement la chute du pH. et celle de la réserve alcaline (P.A.).

L'acidose, cliniquement, ne se manifeste pas. Les A. étudient l'effet, les conséquences, le mécanisme du choc opératoire sur la masse sanguine et sur la diminution de la P.A. heureusement influencés par les I. R. Dans l'hyperglycémie, l'action des injections hypertoniques de chlorure de sodium et de glucose associés avec 15 U. d'insuline, est la même que celle des I. R., avec un léger retard toutefois. Avec les Rayons I. R., plus chlore, plus glucose, plus Insuline, les modifications humorales post-opératoires sont quasi-insignifiantes. Si les injections hypertoniques semblent exercer la même action sur la maladie opératoire, il ne faut pas renoncer à l'utilisation des I. R. L'instrumentation et la manière d'utiliser ces irradiations demandent seulement à être légèrement simplifiées.

Pierre SMITH.

Philippe MARRE. — **Notions actuelles sur les anesthésies chirurgicales.** « L'Avenir Médical », fév. 1937, p. 54-60.

L'A. dans cet article attire l'attention sur les acquisitions considérables et récentes de l'anesthésie, question qui conditionne pour une si large part le progrès chirurgical.

Il note l'importance féconde des « Anesthésiques de base »; rappelle les nouvelles voies d'introduction proposées, telle la voie intraveineuse et intrarectale.

L'A. sur un plan pratique, se borne à donner les indications et le mode d'utilisation des principaux anesthésiques nouveaux.

En cinq chapitres il développe les particularités essentielles à connaître au point de vue des: *a*) anesthésies par inhalation; *b*) anesthésies de base; *c*) anesthésie rachidienne; *d*) anesthésie épidurale; *e*) anesthésie locale et loco-régionale et indique les dangers et les avantages de chaque mode d'anesthésie, et de chaque produit employé.

L'A. termine par un chapitre sur les accidents de l'anesthésie. A la lumière des travaux récents, deux substances se sont montrées comme étant des correcteurs efficaces: l'éphédrine, médicament angiotonique, l'acide carbo-

SYMPTHYL

(Sympathyl français)

Extrait de cratægus 0,06 — Phénylmethylmalonylurée 0,01
Extrait de boldo 0,01
Hexaméthylènetetramine 0,06 — Peptone 0,03

RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF
(non toxique — **pas** de contre-indication)

Grâce à son heureuse composition, le Sympthyl agit avec efficacité dans tous les troubles organo-végétatifs, en régularisant l'activité fonctionnelle des éléments déséquilibrés, tant nerveux qu'endocriniens et humoraux.

LABORATOIRE DU SYMPATHYL
RENÉ & ROBERT CHANTEREAU
PARIS

Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL

HUILE IODÉE À 40%
540 MILLIGr d'IODE par C.C.

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

LABres A GUERBET & Cie
22, RUE DU LANDY
ST OUEN — PARIS

LAFAY

TENEBRYL GUERBET

(Di-iodo-méthane sulfonate de sodium)
(68,6% d'iode)

Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

LABORATOIRES A. GUERBET & CIE - PARIS

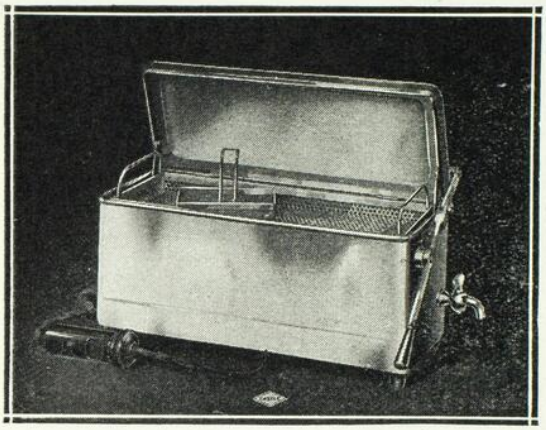
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL.**

STERILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ECONOMIQUE

POUR

MEDECINS ET HOPITAUX



Les Stérilisateurs CASTLE vous assurent une stérilisation parfaite sans qu'il vous soit nécessaire de les surveiller constamment.
Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique. Ils ne sont jamais en bas du point bouillant.
Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef.
Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.
La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.

WILMOT CASTLE COMPANY
Rochester, N. Y.

"CASTLE"

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

Représentants Exclusifs

Permettez-nous de vous tenir au courant des améliorations apportées à la stérilisation moderne.

Appareillage à Rayons-X et d'Electricité Médicale de WESTINGHOUSE X-RAY CO. INC.

Générateurs à Thérapie Profonde 200 - 400 K. V.
Générateurs Combinés (Diagnostique - Thérapie)
Générateurs à Diagnostique (Haut Milliampérage)
Générateur à Diagnostique (Condensateurs)
Générateurs à Diagnostique pour Praticien
Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)
Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope
Civière Radiographique Spéciale
Appareils à Haute-Fréquence
Escamoteurs de Cassettes
Ampoules à Rayons-X
Electro-Cardiographe
Accessoires.

Westinghouse X-Ray

Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

Représentants Exclusifs

LAncaster 3292 **MONTREAL** 30 est, rue St-Paul

nique, puissant excitant du centre respiratoire. L'A. étudie la thérapeutique de la syncope blanche chloroformique, de la syncope cardiaque tardive, des accidents du collapsus vasculaire; les syncopes respiratoires asphyxiques sont justiciables de la lobéline, de la coramine et des inhalations de CO^2 (acide carbonique) et ici l'A. donne des explications précieuses sur les effets et l'emploi de cet heureux médicament.

« En résumé, l'introduction de l'acide carbonique dans la technique des anesthésies, les notions d'anesthésie de base et de rachianesthésie à niveau réglable, constituent les trois plus grands progrès, lourds de conséquences, dans le domaine des narcoses chirurgicales. »

Pierre SMITH.

Richard LEWISOHN. — **De la persistance des signes d'ulcère duodénal après la suture d'une perforation.** « Surgery, Gynecology and Obstetrics », 64, février 1937, 172-177.

La perforation des ulcères duodénaux est une des causes les plus habituelles du drame abdominal. De nombreuses publications ont paru depuis trente ans qui s'intéressent aux symptômes et au traitement de ces perforations, qui proposent des techniques spéciales ou fournissent des statistiques très élaborées.

Le diagnostic de la perforation d'un ulcère digestif est porté plus fréquemment de nos jours et dans les premières heures et l'indication opératoire s'impose aux yeux de tous, si bien que les résultats opératoires s'améliorent constamment et que la mortalité de ces cas n'est plus qu'environ dix cas sur cent.

L'A. constate que les résultats définitifs éloignés sont rarement le sujet de travaux; aussi en fait-il l'objet de son article.

La suture simple est le procédé le plus souvent employé comme traitement de l'ulcère duodénal perforé, bien que la gastro-entérostomie doive lui être associée de toute nécessité, quand il y a sténose pylorique.

L'amélioration extraordinaire amenée dans l'état du malade par l'opération le satisfait grandement et réjouit l'opérateur. Le patient se croit guéri à jamais et le chirurgien trop souvent est complice de cette illusion.

L'A. s'insurge contre l'idée largement répandue que la meilleure manière de guérir d'un ulcère digestif consiste dans sa perforation spontanée. Il dénonce cet optimisme et appuie son argumentation sur un excellent exposé théorique qu'il confirme par l'observation de quatre cas, tous réopérés un an après la suture d'une perforation d'un ulcère duodénal.

Les symptômes cliniques chez tous ces malades ont été assez graves pour leur faire accepter avec joie l'idée d'une seconde intervention, quelque rapprochée qu'elle fût de la première.

L'A. pratique alors une gastrectomie partielle et croit cette procédure opératoire la seule logique.

Il conclut pour résumer que de nombreux malades voient persister leurs signes d'ulcère même après la fermeture simple d'une perforation. Ces signes sont dus, pour lui, au fait que l'ulcère sis sur la face antérieure du duodénum persiste malgré sa perforation et sa fermeture et qu'en plus un autre ulcère existe sur la face postérieure qui n'a pas été affecté par l'intervention.

Ce diagnostic doit être fait cliniquement et les malades doivent être traités par la gastrectomie partielle. Edouard DESJARDINS.

CANCÉROLOGIE

N. C. FOOT. — **Identification des cellules tumorales dans le sédiment des épanchements séreux. (The identification of tumor cells in sediments of serous effusions).** « Amer. Journ. of Path. » 13; 1-11;

L'auteur s'est livré, 55 fois, de septembre 1932 à janvier 1936, à la recherche des cellules néoplasiques dans les épanchements pleuraux et péritonéaux, sur culot de centrifugation inclus à la paraffine. Il a fait un diagnostic correct dans 66.5% des cas de cancer et dans 68% des cas indemnes de néoplasme.

F. est donc entraîné à remiser les criteria de Temansky, et résume ses conclusions de la façon suivante:

1° Le premier critère de Temansky, c'est-à-dire la présence de fragments tumoraux à structure papillaire ou acineuse, avec stroma conjonctivo-vasculaire, est d'une certitude absolue.

2° Un rapport nucléole-noyau de 0.25 ou plus est d'une valeur indubitable; plus élevé que 0.30, ce rapport est pratiquement pathognomonique d'un cancer.

3° Les cellules endothéliales mobilisées de la plèvre et du péritoine constituent la principale difficulté dans l'établissement d'un diagnostic différentiel, à cause de leurs grandes dimensions, et du fort volume de leur noyau. Les mensurations montrent la régularité de leur taille et leur uniformité. Les cellules néoplasiques au contraire, joignent, à un rapport nucléole-noyau élevé, de grandes variations de taille.

4° La présence d'éléments multinucléés, de même que celle d'aggrégats cellulaires n'a presque aucune signification. On observe des mitoses dans les cas négatifs comme dans les cas positifs. Les mitoses anormales ou monstrueuses sont le fait de cellules néoplasiques.

5° La présence de fibrine ou d'hématie ne présente aucune valeur diagnostique.

J.-L. RIOPELLE.

PORTMANN et HERSON. — **L'aspect clinique du cancer du larynx.** « Revue de Laryng. », 56: 525-560, 1935.

Entre 1926 et 1934 P. et H. étudièrent 169 cas de tumeurs malignes du larynx. Sur ce nombre cinq malades étaient des femmes. Chez trois d'entre-elles la preuve histologique de cancer avait été établie alors que dans les deux autres cas, on a dû se baser sur les apparences cliniques. Ces cinq femmes étaient âgées respectivement de 33, 35, 42, 65 et 70 ans. Tous les autres malades de la statistique appartenaient au sexe masculin.

Le cancer du larynx se déclare généralement après 40 ans; mais, on le rencontre aussi chez des sujets plus jeunes. P. et H. l'observèrent chez deux enfants et chez six autres malades entre 30 et 40 ans. L'incidence du cancer du larynx augmente graduellement avec l'âge pour atteindre un maximum entre 60 et 70 ans. Aucune conclusion à tirer des facteurs géographiques ou professionnels. Les antécédents personnels ne manifestent pas non plus une influence notable. La proportion des malades qui avaient une histoire de

syphilis ou abusaient du tabac est relativement faible dans cette statistique; cependant, on a noté chez les gros fumeurs une éclosion plus précoce de la maladie. Vingt des patients (14%) avaient eu antérieurement des affections laryngées. L'étude des antécédents familiaux n'a rien apporté de décisif. Les auteurs font remarquer que très malheureusement, la majorité des malades néglige de porter attention aux symptômes initiaux et en particulier, à l'enrouement. Ils ne recourent aux avis médicaux qu'après l'apparition des symptômes tardifs tels que dysphagie, dyspnée et douleurs. Ainsi par exemple, le dysphagie qui avait été le premier symptôme dans 80 des cas, n'a amené que 18 malades à consulter pour ce seul motif. Chez les 62 autres sujets masculins 23 consultèrent pour douleurs, 14 pour dyspnée, 16 pour dysphagie et 9 pour hypertrophie des ganglions cervicaux. La dysphagie fut le trouble prédominant dans 21 des 169 cas; l'adénopathie cervicale 20 cas; les douleurs et la dyspnée furent les signes principaux chez les 71.2% des malades. Le symptôme le plus fréquent et le plus précoce semble la dysphagie. On l'a rencontrée dans 108 cas. La douleur, le dysphagie, la dyspnée, la toux, les hémoptisies donnent des pourcentages moins élevés. Suivant le symptôme prédominant ou initial on peut diviser le cancer du larynx en cinq formes cliniques, notamment: la forme dysphonique la plus fréquente et comprenant la plupart des néoplasies endo-laryngées; les formes dysphagique odynophagique, otalgique et lymphatique relèvent surtout des cancers exo-laryngés. En raison du diagnostic tardif la médication est très rarement appliquée à temps. La plupart des patients sont inopérables et au-dessus des ressources thérapeutiques. Un enrouement chronique chez toute personne ayant dépassé la quarantaine doit être regardé comme extrêmement suspect. L'éducation populaire et l'enseignement aux praticiens seraient seuls capables de réduire les ravages du cancer du larynx en favorisant le diagnostic et le traitement précoce.

Albert JUTRAS.

PÉDIATRIE

P. LEREBOULLET, H. GAVOIS et J. BERNARD. — **Erysipèle généralisé du nouveau-né avec gangrène du scrotum, suivi de guérison complète par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine.** « Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris », No 9, novembre 1936, p. 561-565.

Le traitement de l'érysipèle par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine (sous forme de comprimés de rubiazol) a été introduit en France chez l'adulte pour la première fois par le professeur Lemierre en mai 1935. Les résultats obtenus furent remarquables.

Des constatations identiques furent faites la même année par L. Tixier chez l'enfant, en sorte que cette médication nouvelle semble, à l'heure présente, constituer le traitement de choix de l'érysipèle. Elle mérite donc d'être largement vulgarisée.

L'observation que présentent ici le professeur Lereboullet et ses collaborateurs est intéressante, parce qu'il s'agit d'une forme grave, que la guérison en a été complète, et que le mode d'emploi du médicament y est exposé d'une façon suffisamment détaillée pour être utile au praticien.

Il s'agit d'un nouveau-né de 3 semaines, nourri au sein et pesant 3 kg. 500 à la naissance. Le 12 mars 1936, l'enfant est hospitalisé avec sa mère pour un érysipèle généralisé, compliqué de gangrène du scrotum. La température est à 38°,6; le poids est de 3 kg. 800. L'état général est profondément altéré. Il existe de l'anorexie et de la diarrhée. La rate est augmentée de volume. On porte un pronostic très sombre.

Et c'est dans ces conditions qu'un traitement par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine est institué. L'enfant — que l'on maintient au sein (et les auteurs insistent sur ce point) — reçoit le 12 mars 0 gr. 75 de chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine, le 13 mars 1 gramme, le 14 mars 1 gr. 50; par la suite, du 15 au 17 mars, la dose quotidienne est maintenue à 1 gramme; le 17 elle tombe à 0 gr. 75, le 22 à 0 gr. 50, le 24 à 0 gr. 25.

Cette posologie représente un peu plus de la moitié de la dose normale de l'adulte.

L'action du médicament, ainsi administré à hautes doses, a été remarquable. Les auteurs ont observé dans l'ordre chronologique les modifications suivantes:

1° Tout d'abord, amélioration considérable de l'état général dès le lendemain: chute de la température, reprise de l'appétit;

2° Le surlendemain, disparition de la rougeur diffuse du dos et du tronc;

3° Au niveau des organes génitaux, malgré l'importance des lésions gangréneuses du scrotum, les testicules sont épargnés et la guérison est complète après deux mois de traitement.

Mais la convalescence est troublée par deux ordres d'incidents: *a*) de nouvelles poussées érysipélateuses; *b*) des abcès sous-cutanés à streptocoques.

Les rechutes ont été observées chaque fois que les auteurs ont abaissé trop rapidement la dose du médicament; et chaque fois le retour aux doses élevées initiales (0,75 à 1 gramme) les faisaient disparaître. L'action du dérivé azoïque sur les rechutes de l'érysipèle est donc incontestable.

Par contre, le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine s'est montré complètement inefficace, même à doses élevées, sur les abcès sous-cutanés à streptocoques, qui semblent toutefois s'être développés pendant les périodes de traitement insuffisant; les doses élevées, dans une certaine mesure, seraient donc capables d'en prévenir l'apparition.

Par la suite, la guérison a été définitive, sans séquelles. L'enfant a été revu au début de novembre 1936, à l'âge de 8 mois ½. Il pèse 7 kg. 500, possède 4 dents, et son état général est excellent. Les bourses ont un aspect normal; les testicules sont nettement perceptibles à la palpation et ont une consistance et un volume appropriés à l'âge de l'enfant.

En somme, observation très démonstrative de l'action, à hautes doses, du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine dans l'érysipèle du nouveau-né.

Paul LETONDAL.

J. CATHALA, Mlle LORRAIN et Mlle MOREL. — **Oto-mastoïdite latente et états de dénutrition aigus chez les nourrissons.** « Société de Pédiatrie de Paris », no 8, octobre 1936.

Monsieur J. Cathala rapporte 15 cas de choléra infantile graves observés à la Crèche Husson en août et septembre dernier. Sur ces 15 malades, douze ont été traités par les moyens habituels. « Cinq ont guéri, deux ont été ramenés

par leurs parents dans un état grave et cinq sont morts. A l'autopsie ces derniers présentaient des lésions profondes de l'antre et du rocher. Tous ont été vus par les otologistes. Quelques-uns ont eu des paracentèses exploratrices du tympan, pour aucun il n'était possible cliniquement de poser le diagnostic d'antro-mastoïdite. »

Les trois autres malades ont été opérés. Le premier âgé de 3½ mois est opéré le dixième jour de sa maladie et meurt vingt-quatre heures plus tard. L'intervention montre une cavité mastoïdienne gauche remplie de pus.

Le second malade est âgé de dix mois. L'antrotomie bilatérale est pratiquée le septième jour alors que les selles sont redevenues normales mais que l'état général s'aggrave et que la déshydration se précipite. L'examen des tympans fait à ce moment n'autorise aucune conclusion. A droite il y a présence de pus dans l'antre et à gauche une goutte de sérosité louche. L'enfant ne commence à s'améliorer que le neuvième jour après l'opération, mais la guérison est rapide. Cet enfant semblait donc porteur d'un foyer infectieux latent et n'a guéri que grâce à l'intervention.

Un troisième malade (athrepsie) est opéré mais les mastoïdes sont saines. Décès.

Sur huit malades il y a donc sept cas d'antro-mastoïdites. « Il n'est pas question de substituer la question d'oto-mastoïdite latente à celle de choléra infantile, des causes multiples sont à l'origine du syndrome toxique cholériforme. L'oto-mastoïdite n'est qu'une de ces causes, et comme le dit très explicitement Monsieur Ribadeau-Dumas, celle-ci pour dissimulée qu'elle soit, ne doit être présumée que « devant un état général grave, avec déshy- « dratation et acidose, dont on ne trouve pas la cause, après examens « multiples » et, ajouterons-nous, qu'il n'est pas heureusement influencé par la thérapeutique physiologique de l'état toxique. »

Antonio LEVEILLE.

DISTINCTION HONORIFIQUE

LE PROFESSEUR EDWARD ARCHIBALD, DE L'UNIVERSITE McGILL

Nous apprenons avec plaisir que l'Université de Paris vient de décerner au Professeur Archibald le titre de *"Doctor Honoris Causa"*.

Nous félicitons sincèrement le nouveau titulaire dont la haute valeur morale et scientifique lui ont mérité cet honneur insigne.

SOCIÉTÉS

REUNION SCIENTIFIQUE DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Le jeudi 21 janvier 1937.

Un cas de maladie de Cushing. — Armand GRATTON.

Cette communication paraîtra ultérieurement comme article original.

Discussion :

M. GRIGNON: Je veux simplement dire quelques mots pour faire remarquer que la maladie de Cushing n'est pas une maladie très bien définie.

Histologiquement, Wilder de la Clinique de Mayo a examiné sept cas de la maladie de Cushing et n'a trouvé que deux adénomes hypophysaires; les cinq autres présentent des lésions d'adénome cortico-surrénal.

La question se pose, est-ce que la maladie de Cushing est bien due primitivement à la basophilie hypophysaire? Ou bien, est-ce que la basophilie hypophysaire n'est pas secondaire à l'adénome cortico-surrénal ou n'est pas simplement un des éléments d'un syndrome pluri-glandulaire dont la cause reste jusqu'ici encore inconnue.

Certains auteurs ont trouvé des adénomes possibles de l'hypophyse sans aucun syndrome clinique.

Si la maladie de Cushing est due primitivement et uniquement à un adénome basophile de l'hypophyse, il faudrait admettre que les cellules basophiles ont une action sur le pancréas, les glandes parathyroïdes, la thyroïde, l'ovaire, les surrénales, ce qui est loin d'être prouvé physiologiquement.

Dans certains cas de basophilie cliniquement classiques on a trouvé simplement au point de vue histologique une persistance du thymus.

Nous espérons que le Dr Gratton nous fera le plaisir de publier bientôt, dans un Journal Médical de Montréal, cette très belle observation avec l'examen histologique complet.

M. L.-H. GARIEPY: Je ne veux pas priver le Dr Gratton du plaisir de répondre au Dr Grignon. Notre cas n'est pas présenté pour appuyer telle ou telle théorie explicative du syndrome de Cushing.

C'est une malade chez laquelle on a rencontré un syndrome à peu près au complet.

Les examens de laboratoire encore à venir nous donneront des renseignements qui nous permettront de nous prononcer sur la cause de ce cas sinon des autres.

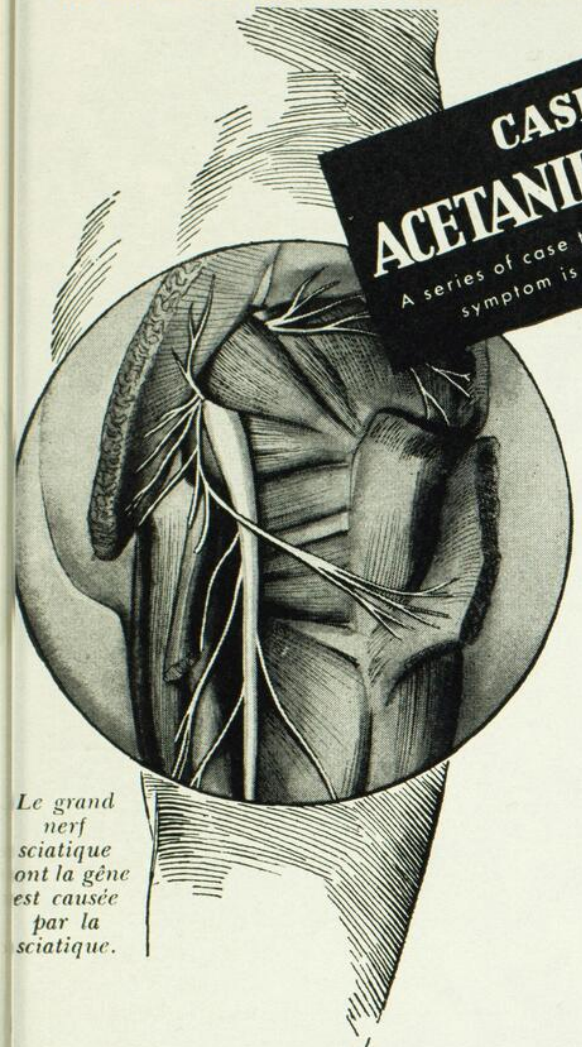
Le point sur lequel je désire attirer l'attention est la complication qu'a présentée la malade et qui l'a emportée.

Nous savons aujourd'hui que la malade est morte de péritonite appendiculaire mais le diagnostic n'a pas été fait à l'apparition des symptômes, si étonnante que la chose puisse paraître dans un service hospitalier.

J'ai vu le premier la malade, au début de la crise et à cause de l'apparence des symptômes présentés, j'ai hésité à poser le diagnostic précis.

CAS No II DE LA SERIE « ACETANILID »

Une série de cas typiques où le symptôme dominant est la douleur d'origine nerveuse.



Le grand nerf sciatique ont la gêne est causée par la sciatique.

SCIATICA

SYMPTÔME PRINCIPAL : Douleur intense en arrière de la cuisse, descendant dans la jambe. Sensibilité à divers endroits.

HISTOIRE DE LA MALADIE : Douleurs arthritiques de temps en temps; mauvais état de la dentition et des amygdales; les douleurs dans la cuisse sont légères au début.

EXAMEN PHYSIQUE : Nutrition bonne; légère élévation de la température.

SYMPTÔMES : Douleur lancinante, plus intense la nuit; réflexe rotulien augmenté; le patient marche en fléchissant le genou.

DIAGNOSTIC: Sciatique secondaire à une infection orale et aux toxines dans l'organisme.

TRAITEMENT: (Symptomatique) « Acetanilid » et « Acetphenetidin ».

Solis-Cohen et Githens considèrent le soulagement des douleurs névralgiques obtenu par l' « Acetanilid » comme l'une des manifestations les plus frappantes. (Pharmaco-Thérapeutiques.)

Bromo-Seltzer contient de l' « Acetanilid » et de l' « Acetphenetidin », plus l'association de caféine et de bromure dans chaque dose de une cuillerée à thé. La caféine fortifie doucement le processus mental. Le bromure amène la détente des nerfs surmenés. Le citrate améliore la digestion, augmente la réserve alcaline et donne à Bromo-Seltzer son effervescence agréable.

Bromo-Seltzer soulage la douleur efficacement et économiquement.

Les demandes d'échantillons et de littérature sur Bromo-Seltzer reçoivent une attention immédiate.

BROMO-SELTZER LTD. - - Toronto, Can.

QUAND les nerfs sont irrités, que le sommeil paraît impossible, calmez votre malade avec le sédatif proéminent, le tonique calmant, ELIXIR GABAIL. Ne contient pas de *barbital*. Son efficacité est due à l'extrait de Valériane et à l'acide valérianique combinés, auxquels on a enlevé l'odeur et la saveur répugnante sans en affaiblir les propriétés curatives.

ELIXIR GABAIL

VALÉRO-BROMURÉ

Littérature et échantillon de:

L'ANGLO-FRENCH DRUG CIE, 354 Sainte-Catherine Est, MONTRÉAL

Absence de température et le ballonnement me faisaient plutôt penser à une obstruction intestinale, et la localisation de la douleur suggérait quelque peu une crise d'hydro-néphrose droite.

Deux ou trois chirurgiens consultés ont partagé notre hésitation et ce n'est que trois jours plus tard, lorsqu'on décide d'opérer qu'il ne restait plus d'autres explications possibles qu'une *péritonite* d'origine appendiculaire, mais il était déjà trop tard.

Si malheureuse que soit l'issue de ce cas je tenais à le mentionner pour les jeunes collègues qui sont ici et qui ne sont pas au courant que les affections les plus communes comme l'appendicite peuvent, quelquefois, se présenter sous des apparences tout à fait inusitées et faire hésiter sur le diagnostic.

M. AMYOT: A mon avis la malade présente un syndrome de Cushing. Il s'y trouve à peu près tous les symptômes qui constituent ce syndrome.

Il y a quelque temps le Dr Fortier a présenté un cas semblable et sur lequel j'avais attiré l'attention des membres présents.

Ce malade est mort. Le Dr Simard au cours de son examen histologique n'a pas trouvé de lésions adénomateuses de l'hypophyse et de la surrénale.

D'autre part ce même malade avait une tumeur considérable du médiastin antérieur qui troublait profondément la circulation veineuse des deux membres supérieurs, de la face et de la partie supérieure du thorax.

C'est d'ailleurs cette tumeur qui amena la mort du malade.

Le syndrome de Cushing du malade du Dr Fortier, vu l'absence d'adénomes pituitaire et surrénal, était-il dû à un simple hyperfonctionnement de l'hypophyse ou encore à la tumeur du médiastin antérieur originant du thymus.

Nous sommes en pleine hypothèse.

Il serait intéressant dans le cas actuel de rechercher la présence d'une tumeur du thymus.

L'examen histologique de l'hypophyse et des surrénales nous serait très intéressant.

La malade du Dr Gratton a présenté de multiples affections en plus de son syndrome endocrinien. Parmi celles-là, il faut remarquer l'hémiplégie droite. Cette hémiplégie fut la conséquence d'un vaso-spasme encéphalique amenant soit simplement une inhibition fonctionnelle, soit un petit ramollissement du parenchyme cérébral.

A tout événement, par l'intermédiaire de l'hypertension artérielle, cette complication neurologique était indirectement liée au syndrome de Cushing.

M. B.-G. BOURGEOIS: Pour calmer les troubles de M. Gariépy, j'ai vu cette malade le jour de sa mort avec le Dr Ricard, et, à ce moment-là, le diagnostic probable était « Appendicite » amené un peu à cause du développement des symptômes. Ballonnement qui est dû plutôt à une distension des anses intestinales et par une foule de causes, tellement qu'on a hésité entre une obstruction intestinale et l'appendicite, et nous avons pensé que cela pouvait être du ballonnement intestinal par iléus.

Nous avons pensé que cette malade faisait de l'appendicite et qu'elle avait passé la période d'opération. Nous avons donc décidé de faire une incision. En sorte que, d'après les symptômes que présentait la malade le jour de sa mort, on peut expliquer que chez une malade de cette nature, donnant diffici-

lement des renseignements, il n'y a pas à se faire de grands reproches d'avoir passé par-dessus le diagnostic au début de la maladie.

M. GRATTON: Au point de vue clinique la malade présentait à peu près tous les signes du syndrome de Cushing.

Le rapport fourni par les Rayons X: A la radiographie, les apophyses clinoïdes antérieure et postérieure, ne sont pas visibles.

La malade venait de recevoir huit (8) traitements de radiothérapie et elle allait suffisamment mieux pour obtenir son conge.

Malheureusement elle est morte d'appendicite.

Nous avons eu la bonne fortune d'avoir une autopsie.

D'après le Dr Simard (le rapport histologique étant à venir) la surrénale ne semblerait pas avoir de lésion.

Quant à l'hypophyse, l'examen n'est pas encore fait. Nous en aurons le rapport à la prochaine assemblée.

Les ondes courtes. — A. LAQUERRIERE.

Dès ses premiers travaux, d'Arsonval avait utilisé des ondes de 0.60 centimètres, ce que nous appelons les ondes ultra courtes. Il est donc tout à fait injuste de faire sortir les ondes courtes du domaine de la d'Arsonvalisation pour les considérer comme une méthode nouvelle sous le nom de Marconithérapie. Mais ce qui est vrai c'est que c'est seulement grâce aux progrès de la T.S.F., réalisés par Marconi, qu'on est arrivé à construire des appareils pratiques pour le traitement avec les ondes courtes.

Actuellement, on utilise beaucoup les ondes de 6 à 30 mètres alors qu'auparavant la diathermie utilisait des ondes de 300 mètres et plus.

Ces O.C. présentent d'incontestables avantages:

Au point de vue de la technique, elles ne nécessitent pas que les électrodes soient en contact avec la peau, celles-ci sont maintenus par des bras articulés à une certaine distance des téguments; il n'y a donc plus de difficulté à placer les électrodes sur des régions se prêtant mal à une bonne application (tête, visage, épaule), et il n'y a plus les dangers de brûlure auxquels exposait une application défectueuse.

Au point de vue thérapeutique: 1° On peut pratiquer des séances monopolaires lorsque l'on a des raisons de craindre les effets nocifs d'un trop grand échauffement en profondeur; 2° l'échauffement entre les deux électrodes est en profondeur beaucoup plus homogène qu'avec la diathermie à ondes longues; 3° l'efficacité paraît notablement plus grande.

Certains auteurs ont voulu aller plus loin; ils admettent une action spécifique de la longueur d'ondes sur telle ou telle affection. Il faudrait 6 mètres pour traiter la furonculose. Jusqu'à présent on n'a pas d'une façon générale admis cette spécificité.

Mais les ondes courtes ont un autre avantage. Avec de grandes électrodes, intéressant une grande partie du corps, ou avec un cable isolé entourant une grande partie du corps, on peut réaliser la fièvre artificielle et obtenir de la diathermie, sinon tous, au moins bon nombre des effets de la malariathérapie.

HISTIDIN - IFAH

Au point de vue thérapeutique les propriétés caractéristiques sont:

1° **L'action analgésique** de l'histidine, due à son affinité neurotrope.

2° La retrogradation des déformations anatomiques des muqueuses atteintes, constatée à l'aide des rayons X.

L'histidine semble donc jouer un rôle dans la régénération des tissus ne fonctionnant plus.

Sous la désignation HISTIDIN - IFAH nous vendons une solution à 4% de chlorhydrate d'histidine en ampoules de 5 cm^3 pour injections intramusculaires et intraveineuses.

INDICATIONS: **Ulcus ventriculi** et **duodeni**, notamment dans les **cas récents.** Dans le cas d'ulcères chroniques, récidivants, avec des adhésions périgastriques et périduodénales on constate une amélioration.

DOSES: 5 cm^3 par jour par voie intramusculaire ou intraveineuse. En tout 18 à 25 injections.

Il y a avantage à répéter les injections après 6 semaines ou trois mois, pour consolider la guérison.

PRESENTATION: 5 et 20 ampoules à 5 cm^3.

" IFAH ", G.m.b.H. Hambourg 21 (Allemagne) 56 Humboldstrasse

Renseignements fournis sur demande:

" IFAH ", Pharm. Products — (W. E. Ranniger)
MArquette 9824

1231 ouest, rue Ste-Catherine, - - - Montréal, Qué.

Les Lithinés du Dr Gustin

Procurent économiquement une très bonne Eau de table et de régime

Alcaline - Lithinée - Pétillante - Digestive

Indications:

ACIDE URIQUE, GOUTTE, MALADIES DU FOIE, VESSIE, PEAU, ESTOMAC, INTESTIN

Une boîte de Lithinés contient 12 paquets suffisants pour 12 grosses bouteilles d'un litre

---

Magnésie du Dr Gustin

MAGNÉSIE LOURDE, ASSIMILABLE

Magnésie active calcinée.
Ni goût, ni odeur, se dissout facilement dans l'eau.
Dose laxative: une cuillerée à thé. Dose purgative: une cuillerée à soupe.

PRODUITS FRANÇAIS

LA CIE CANADIENNE DES AGENCES MODERNES

6614, DeLORIMIER DOllard 1355 MONTRÉAL

LAIT DE BEURRE

"SANTÉINE"

Se recommande comme antiseptique dans les maladies de l'intestin, particulièrement l'entérite, à cause de sa richesse en ferments lactiques. Breuvage idéal comme article de consommation courante d'une grande valeur tonique.

Le secret d'être heureux,
D'avoir bonne mine,
Et de vivre vieux,
C'est le lait "Santéine".

J. J. Joubert LIMITÉE

Il va sans dire que les ondes courtes, comme toutes les applications de physiothérapie, doivent être pratiquées avec des appareils bien construits et suffisamment puissants; avec des appareils trop faibles on a tendance pour obtenir des effets caloriques à utiliser de petites électrodes concentrant l'action sur une petite surface et on peut causer des brûlures superficielles ou profondes.

D'ailleurs, dans la plupart des applications (rhumatismes, névralgies, maladies de la nutrition), si on a une puissance suffisante permettant d'utiliser de larges électrodes et d'intéresser un territoire assez vaste, il est inutile, et parfois nuisible, de réaliser des augmentations de chaleur appréciable; pour ma part, je recommande aux patients de prévenir dès que la sensation éprouvée dépasse une légère tiédeur.

Je ne parlerai pas des ondes ultra courtes (au-dessous de 6 mètres). Les appareils pour les produire sont encore trop peu répandus pour que l'expérience à leur sujet soit suffisante.

Discussion:

M. J.-U. GARIEPY: A propos d'ondes courtes, M. J.-U. Gariépy signale un cas d'œdème neurotrophique du membre inférieur où il a alcoolisé les 1er et 2ème glanglions sympathiques lombaires au lieu de faire des injections répétées de nupercaïne. Déçu par les résultats, il n'en a pas moins l'intention de persister dans cette voie nouvelle de substituer une méthode à l'autre. Comme aucune amélioration n'est à prévoir, il a demandé à M. Laquerrière s'il ne pourrait suggérer un agent physique et celui-ci à proposé les ondes courtes.

M. LAQUERRIERE: Je ne puis répondre à M. Gariépy, car je n'ai pas revu cette malade, du moins je ne m'en rappelle pas, je ne l'ai pas remarquée.

Méningite staphylococcique d'origine otitique. — Roma AMYOT.

Histoire de la maladie: Il s'agit d'une fillette de 12 ans. Suppuration de l'oreille gauche depuis la première enfance. La maladie actuelle a débuté le 13 décembre 1936, par l'apparition de vomissements. Trois jours plus tard, un mal de tête violent et la raideur de la nuque se sont manifestés pour la première fois. Depuis, le syndrome s'est aggravé progressivement. Par-dessus tout, la céphalée s'est montrée sévère, ne laissant aucun répit à la malade et s'intensifiant, par accès, au point de devenir alors une véritable torture. Lors de ces paroxysmes, la malade se plaignait, suppliait, criait et affolait son entourage impuissant.

Histoire de famille: Ne présente aucun intérêt, dans les circonstances.

Examen de la malade. (19 décembre 1936.)

Etat général relativement bon. Lucidité intellectuelle est bonne: la mémoire est excellente, l'attention peut être concentrée, bonne orientation, identification correcte des personnes de l'entourage.

Plaintes constantes. Douleur très forte à la nuque, irradiant vers le rachis.

Hyperesthésie généralisée. Il est impossible de déplacer la malade. Raideur de la nuque absolue. Tête fixée. La moindre tentative de mobilisation d'icelle déclanche une douleur intolérable et des cris.

Pas de paralysie des paires craniennes. Réflexe photo-moteur est normal. Photophobie, qui rend impossible, alors l'examen du fond de l'œil. Sécheresse de la bouche. Suppuration abondante de l'oreille gauche dont le conduit externe est obstrué par un tampon de coton ouaté. Tympan droit normal. Trismus

Ventre souple. Réflexes cut.-abdominaux abolis. Réflexes tendineux normaux.

Réflexes plantaires normaux. Rien aux viscères et organes.

Ponction lombaire:

Pression, 20 cent. (malade couchée).

Liquide légèrement trouble. Impossible d'effectuer la compression des jugulaires.

Rayons X et laboratoire:

Liquide céphalo-rachidien: albumine 1 gramme. Poly. et lympho. 300mmc. Staphylocoques. Peut-être strepto. ou pneumo.

Traitement: Mastoïdectomie gauche dès le lendemain de l'hospitalisation. Evidemment pétro-mastoïdien total sans plastique du conduit. Cholestéatome volumineux ayant agrandi l'antre et l'aditus. Pus abondant sous pression. Processus infectieux imprégnant l'os de la caisse qui a une coloration jaunâtre. Odeur très fétide à l'ouverture de l'antre. Dénudement des méninges sur 3 centimètres. (Dr Lucien Gélinas.)

Urotropine, 3 et 4 grammes par jour en injections intra-veineuses, pendant 9 jours.

Sparto-camphre, une ampoule 2 fois par jour.

Propidon, 2 c.c. le 21 déc. et 4 c.c. le 23 déc.; réaction locale presque nulle; légère réaction générale à la première administration.

Ponctions lombaires thérapeutiques et en vue de drainage.

Evolution de la maladie: Température buccale se maintint, entre 101 et 104, pendant 9 jours. Plaie opératoire suppurait modérément, dégageait une odeur fétide, avait mauvais aspect. A partir du 28 déc., la température descendit et demeura à 99 4/5 avec un pouls de 84-96. La nuque s'assouplit graduellement de même que les membres inférieurs; la malade put se mobiliser dans son lit; elle parvint à s'y asseoir. L'hyperesthésie disparut. Le liquide céphalo-rachidien, après s'être montré très trouble le 24 déc., s'éclaircit ultérieurement. Cependant, les paroxysmes céphalalgiques persistèrent. La ponction lombaire semblait, à chaque occasion, faire apparaître de la céphalée frontale. Vers les derniers jours, malgré la disparition de l'hyperesthésie, l'atténuation de la raideur de la nuque et du trismus, la chute de la température, la sensation de faim éprouvée par la malade, il fut remarqué l'installation d'un nystagmus horizontal des globes avec limitation des mouvements latéraux et la malade se remit à vomir. La compression des jugulaires opérée en une circonstance montra une précipitation peu marquée de l'écoulement du liquide.

La malade mourut subitement et assez inopinément, en asphyxie, durant la nuit du 31 déc. La garde-malade nota que le pouls était, durant la dernière demi-heure, de 42-60.

Considérations:

Nous pourrions commenter longuement cette observation. Nous pourrions ajouter cette vérité, qui a toutes les apparences d'un truisme, que le

"Avez-vous des tuyaux aujourd'hui?"
"Je ne m'occupe pas des tuyaux—Je fume des Sweet Caporals!"

CIGARETTES SWEET CAPORAL

"La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé."—Lancet

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

Bronchites

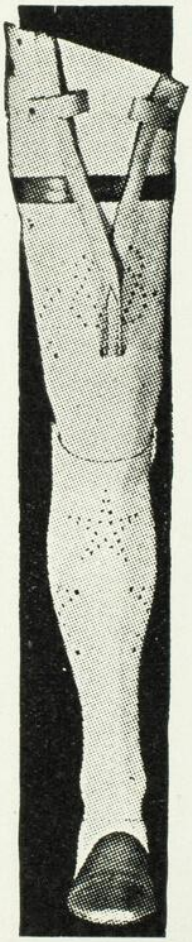
« Eliminé par les Bronches, « le "Lacto-Créosote Famel" « détermine un processus inflam- « matoire simple, qui fait réagir cet « organe contre le catarrhe chronique. »
FERRAND.

MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à
P. FAMEL, Fabricants de Produits Pharmaceutiques, PARIS (20e), 20-22, Rue des Orteaux

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.



Dernière Création de la Prothèse

Prodige de la mécanique moderne.

Une jambe artificielle en métal, presque **"naturelle"** grâce à son articulation sur billes du genou et de la cheville. Plus solide et plus légère que les appareils de prothèse en bois, fibre ou cuir.

Cuissard et molletière parfaitement moulés — Pièces de rechange uniformes — Pas de rivets criards — Forme gracieuse; *fini spécial qui élimine la peinture et protège le métal.*

DUCKETT

La merveilleuse invention dont la jambe illustrée ci-contre est la résultante, a étonné des fabricants de membres artificiels du monde entier.

Cet appareil vaut d'être examiné par les chirurgiens qui s'intéressent au sort de leur patient après l'opération et désirent procurer à l'amputé tout le confort et la capacité possibles avec un appareil.

J. A. DUCKETT

Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques, Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, etc.

2014, RUE BLEURY, angle Ontario
MONTREAL **Téléphone HArbour 0630**

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

traitement vraiment efficace des complications méningées, phlébitiques et encéphaliques des otites réside dans leur prévention. Et prévenir ces complications est possible à condition de surveiller méticuleusement l'évolution des infections de l'oreille.

D'autre part, on doit traiter toute méningite généralisée et à microbes pyogènes, qu'elle soit d'origine otitique ou autre et malgré le pronostic défavorable. Un certain nombre de ces méningites pyogènes ont guéri. Il n'y a pas encore de méthode de traitement de ces méningites, définitivement fixée, généralement admise et employée. Il est cependant établi en principe qu'une méningite post-otitique généralisée oblige à la destruction plus ou moins complète du foyer d'infection par intervention chirurgicale sur la mastoïde et l'oreille, au drainage du liquide céphalo-rachidien et à une médication antimicrobienne. (Sérothérapie, chimiothérapie. La voie lombaire, pour administrer les agents thérapeutiques, est à peu près abandonnée maintenant.)

Nous avons l'impression que le processus méningitique de notre malade a été partiellement subjugué. Par ailleurs, nous sommes assuré que l'infection des méninges avait cloisonné les espaces sous-arachnoïdiens. Notre drainage du liquide par ponctions lombaires a été incomplet et même peut-être inutile. La mort subite par asphyxie doit être jugée comme ayant été la conséquence de la souffrance du bulbe par hypertension intra-cranienne, ou encore par envahissement du parenchyme par l'infection. La malade meurt d'une complication de sa méningite.

L'étude de cette observation incline à croire qu'une méningite otitique généralisée, avec microbes dans le liquide de la ponction lombaire, gagnerait à être drainée, dès le début, à un niveau supérieur: soit dans le voisinage de la plaie mastoïdienne, soit à la grande citerne cérébelleuse de la base du crâne après ablation de l'arc postérieur de l'atlas et incision para-médiane de la dure-mère, selon la technique d'Ody.

Nous aimerions connaître l'opinion des oto-rhino-laryngologistes de l'hôpital sur notre observation et le traitement des méningites otogènes.

Pas de discussion.

Un diagnostic clinique erroné. — L. BLAGDON.

Histoire du malade: M. D., âgé de 57 ans, est admis dans le service de médecine de H. N. D. avec le diagnostic « d'ulcère de l'estomac » porté par le médecin traitant, le 16 mai 1934. Depuis plusieurs mois il était atteint de douleurs vives au creux épigastrique et aux hypochondres, 2 à 3 hrs après les repas. Ces douleurs étaient soulagées par un vomissement contenant très peu d'aliments. Il suivait surtout un régime végétarien, car il ne tolérait pas la viande. Jamais de brûlements ni d'hématémèse. Pas de sang dans les selles. Les alcalins et l'ingestion d'aliments ne l'ont jamais amélioré. Eructations gazeuses au moment de la digestion. Eruptions urticariennes fréquentes. Amaigrissement de 20 livres depuis trois semaines. Pas d'ictère ancien ou récent.

Histoire de famille: Rien d'intéressant à noter.

Examen: Le foie, la rate, les reins, le cœur et les poumons semblent normaux. On constate un peu de douleur à la pression aux hypochondres et au creux épigastrique surtout après les repas. Les urines sont normales. L'azotémie est 0.59 et la glycémie de 1.69.

Une *radiographie* du tube digestif a démontré en résumé: 1° Rétraction considérable de l'estomac sans déformation. Cependant, en position debout, il existe une scissure médio-gastrique; 2° L'estomac se vide en moins de trois heures. Douleur retro-xyphoïdienne; 3° Dilatation de la portion terminale du duodénum qui se vide mal; 4° Aspect de rétrécissement sur les premiers centimètres du jéjunum.

On porte le diagnostic d'ulcère pyloro-duodénal. Le malade est traité par des anti-spasmodiques et il suit le régime de Sippy. Il est congédié un mois après son admission, en voie de guérison.

Le 26 octobre 1936, soit environ 2½ ans après son départ de l'hôpital, M. D. est de nouveau admis dans un service de médecine, présentant les mêmes symptômes qu'autrefois, mais beaucoup plus accentués. Son état général est très mauvais: il a maigri de 30 livres depuis un mois, début de sa dernière crise, il vomit tous ses aliments et il peut à peine retenir un peu d'eau ou de lait bouilli. Depuis sa sortie de l'hôpital (2½ ans), il n'a pas souffert de son estomac de façon appréciable jusqu'au début de la présente crise (1 mois). Ses douleurs au creux épigastrique et aux hypochondres sont beaucoup plus prononcées et il existe même une certaine défense musculaire dans ces régions.

Nous examinons le patient en consultation avec le médecin traitant, et il est transféré dans le service de chirurgie avec le diagnostic probable de sténose pylorique consécutive à une réaction possible de son ancien ulcère ou ulcéro-cancer.

Laboratoire et Rayons X: L'analyse des urines est normale. L'azotémie est de 0.59; la glycémie de 1.20. L'analyse du sang n'offre rien de particulier.

Après 10 jours de traitement pré-opératoire par la diète absolue, les sérums à haute dose et les lavements peptonisés, le malade s'améliore considérablement et on demande une radiographie, dont voici les conclusions: 1° Bulbe de forme légèrement douteuse; 2° dilatation appréciable de la dernière portion du duodénum, sans retard au passage; 3° constipation et ptose du transverse. Point douloureux sur l'antre pylorique. L'estomac se vide en moins de trois heures.

Considérations:

Opération le 17 novembre. Anesthésie locale et gaz. Laparotomie susombilicale para-médiane. L'exploration de l'estomac ne révèle absolument rien d'anormal. Aucune trace d'ulcère ancien ou récent. La dernière portion du duodénum paraît dilaté. Par ailleurs, la vésicule biliaire est épaissie et remplie de calculs. Le cholédoque est fortement dilaté. Cholécystectomie. Drainage du cholédoque après avoir ramené de nombreux petits calculs par le lavage du canal. Suites opératoires simples. Le patient quitte l'hôpital un mois plus tard, ne souffrant plus et apparemment guéri.

Examen de la pièce: Vésicule longue de 8 centimètres et contenant 20 calculs à facettes. Réaction inflammatoire chronique intéressant surtout la muqueuse.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

L'IODALOSE EST LA SEULE SOLUTION TITRÉE DU PEPTONIODE
Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE
Communication au XIIe Congrès international de Médecine, Paris 1900.

Remplace Iode et Iodures dans toutes leurs applications, sans Iodisme.

Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure alcalin.
DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour Enfants ; dix à cinquante gouttes pour Adultes.

*Demander Brochure sur l'*Iodothérapie physiologique *par le* Peptoniode.
LABORATOIRE GALBRUN, 8 et 10 r. du Petit-Musc, Paris

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.

PROSTHÉNASE
GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE
Combinés à la Peptone & entièrement assimilables
NE DONNE PAS DE CONSTIPATION
ANÉMIE — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE
DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants ; 20 à 40 gouttes pour les Adultes
Échantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS.

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.

À contenance élevée d'extrait de malt, l'INVALID STOUT exerce une étonnante action revitalisante, excite un appétit salutaire, apporte une joyeuse énergie.

L'avis du docteur:

« J'ai pu me rendre compte personnellement des propriétés toniques et stimulantes de votre PORTER », écrit un médecin, et il ajoute : « Je vous complimente d'avoir su allier en lui les propriétés fortifiantes à un goût excellent. »

INVALID STOUT

le PORTER *tonique*

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

A VENDRE
INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Madame Docteur O.-A. Gagnon offre, à de très bonnes conditions, des instruments de chirurgie, bibliothèque à rayons, etc. S'adresser à 1324 ouest, rue Saint-Viateur, CRescent 3454.

A VENDRE

Toge de professeur de médecine

Conditions avantageuses.

S'adresser à l'Union Médicale du Canada, MArquette 7334.

AIDES-MALADES

Sont qualifiées par l'Association des Aides-malades (enregistrée), pour soins à donner dans les convalescences, dans tout cas de maladies bénignes ainsi que dans les accouchements. S'adresser à Mme G. St-Germain, 4027 Harvard Ave. N.-D.-G. Tél.: DExter 0433.

POSTE VACANT

Poste vacant pour un interne. Rémunération convenable. S'adresser au Surintendant à l'Hôpital Ste-Jeanne d'Arc, 110 ouest, rue Prince-Arthur. PLateau 5201.

POSTE OFFERT

Poste offert, à l'Institut Bruchési, à un médecin désirant se spécialiser en oto-rhino-laryngologie.

S'adresser au Dr P.-S. Bohémier, 922, rue Cherrier.

Réflexions: 1° un Iodékon aurait probablement solutionné le problème du diagnostic; 2° « Honni soit qui mal y pense ».

Discussion:

M. François Archambault: Des circonstances incontrôlables empêchent le Dr Blagdon de répondre aux critiques possibles faites sur son travail.

M. B.-G. BOURGEOIS: Un cas de diagnostic erroné se présente assez souvent. Je me rappelle d'avoir observé une malade pendant 3 mois, on la voyait tous les jours et son histoire était indéterminée.

On fit, en dernier ressort, une laparatomie médiane. La vésicule était remplie de calculs.

La malade a quitté l'hôpital guérie.

M. BERNIER: Les diagnostics cliniques erronés du genre de l'observation du Dr Blagdon sont assez fréquents.

Il a parfaitement raison d'insister sur les services que peut rendre dans ces cas un Iodékon, qui devrait toujours suivre l'examen clinique.

M. GRIGNON: Un point sur lequel on n'insiste pas assez dans l'histoire clinique d'un ulcère d'estomac, c'est la notion de périodicité des crises.

Cette notion de périodicité est beaucoup plus importante que le caractère des douleurs, leur horaire, leur mode d'apparition et de disparition. Dans cette observation il n'est fait aucunement mention de crises douloureuse périodiques et je crois que si l'on en avait tenu compte, l'on aurait pu en faire un diagnostic non précis.

Tuberculose uro-génitale. — Paul BOURGEOIS.

Histoire du malade: A.B., pianiste, 28 ans, entre dans le service d'urologie, le 3 nov. 1936. Il est allé, il y a quelques jours, consulter un chirurgien pour des douleurs qu'il ressent dans la bourse gauche. Celui-ci, après examen, nous l'adresse pour épididymite et prostatite tuberculeuse.

Depuis quelques mois, il a constaté un gonflement intermittent du testicule gauche avec des douleurs plus ou moins vives. Depuis plusieurs mois il urine 8 ou 9 fois par 24 heures. Il n'a jamais éprouvé de douleurs à la miction, n'a jamais fait d'hématurie et n'a jamais présenté de douleurs lombaires. Pas d'antécédent Neissérien.

Histoire de famille: Père mort accidentellement; mère morte d'urémie. 11 frères et sœurs en bonne santé. Rien de particulier par ailleurs.

Examen: Malade pâle. P.A. 140/80; Urée sanguine 0.20; B. W. négatif.

Affaissement de la cage thoracique postérieure au niveau des 4, 5, 6, vertèbres. Silence respiratoire base droite; craquements, expiration très accentuée;

Abdomen: Régions lombaires non douloureuses.

Epididyme gauche augmenté de volume, bosselé et douloureux.

Toucher rectal: Lobe prostatique gauche gros, nodulaire; gros noyau ramolli vers la partie inférieure.

Cystoscopie: Vessie de capacité normale, légèrement rouge et dépolie. Orifice urétéral droit: Rouge, cratériforme, cathétérisé à 25 centimètres de hauteur. O.U.G. d'aspect normal. Cathété. à 25 cm. de hauteur. Division des urines; pyélographie après examen fonctionnel.

Laboratoire et Rayons X: Urines totales: Troubles, acide. Fortes traces d'albumine, q.q. leucocytes. Urines divisées: Rein droit: Nombreux bacilles de Koch; Rein gauche: q. q. leucocytes. Valeur fonctionnelle. P.S.P. rein droit 25%, rein gauche 40%.

R. X. La pyélographie nous montre un rein droit augmenté de volume, déformé, présentant des cavernes, comme une image classique de T.B. rénale.

Diagnostic: T.B. rénale droite avec Tuberculose génitale secondaire.

Considérations:

Nous rapportons cette observation pour insister sur la nécessité de toujours examiner l'arbre urinaire au complet dans les cas de tuberculose génitale; c'est la politique que nous avons adoptée dans le service d'Urologie et nous n'avons qu'à nous en louer.

L'examen du rein que nous avons enlevé nous a permis de constater la présence de lésions tuberculeuses aux différents stades; c'est pourquoi nous croyons au début rénal dans le cas particulier.

Nous avons opéré ce malade le 14 novembre 1936; nous lui avons fait subir une néphrectomie droite; les suites opératoires ont été banales; l'infiltration de l'atmosphère péri-rénal a donné lieu à un suintement qui est en train de se tarir.

Un mois environ après la néphrectomie, l'épididymite s'est fistulisée mais elle semble vouloir se tarir par elle-même. Nous attendons avant de proposer une castration gauche qui pourrait devenir nécessaire. Une alimentation réconfortante, des promenades à l'air pur, de l'huile de foie de morue, des rayons ultra-violets généraux ont fait engraisser le malade.

En terminant nous insistons sur la nécessité de la pyélographie dans les cas de T.B. génitale. Nous rapportons une observation où le diagnostic de T.B. rénale aurait pu être oublié.

Pas de discussion.

Grossesse et appendicite. — Donatien MARION.

Madame C. L., 29 ans, admise dans le service d'obstétrique dans la nuit du 21 décembre 1936. Dans la soirée elle avait ressenti subitement une vive douleur dans le côté droit, avec nausées et vomissements. Température: 99° F.; pouls: 100; pâle, très affaissée.

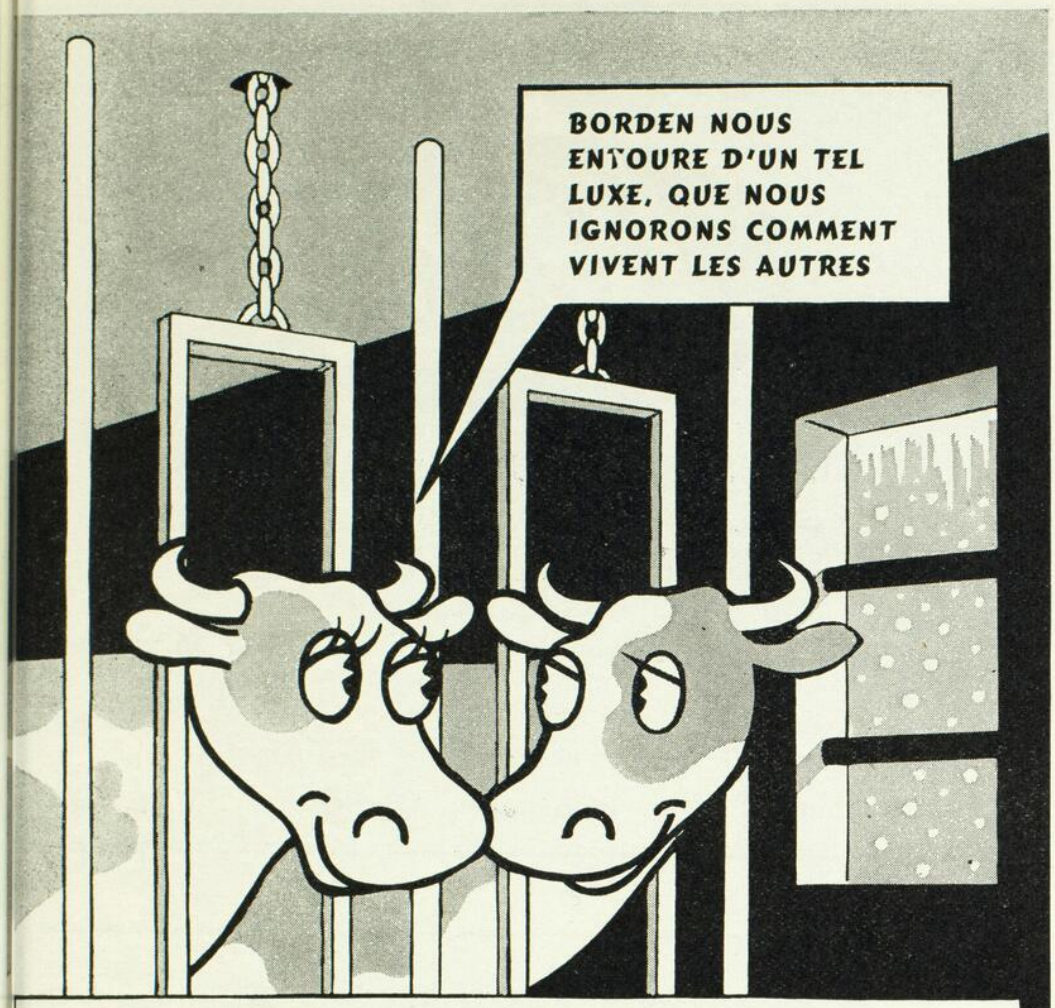
A l'examen: douleur à la palpation dans le flanc droit et résistance de la paroi.

Examen du sang: 17,000 globules blancs;
81% polynucléaires neutrophiles.

Examen des urines: albumine, pus et bactéries.

Histoire obstétricale: Dernières menstruations: 8-16 mai. Primipare. Présentation du sommet non engagée; contractions douloureuses: effacement du col: 2 cms; dilatation: 25 sous.

Le problème se posait ainsi: fallait-il l'opérer d'abord et l'accoucher ensuite ou vice versa? Etant donné sa primiparité et les légers symptômes d'un début de travail nous conseillons l'opération.



C'EST LA VÉRITÉ... les vaches de Borden appartiennent "à la haute". Elles acceptent, le plus naturellement du monde, le luxe d'une eau pure et limpide et le meilleur foin. Elles se prélassent dans des étables chaudes et confortables. Leur santé florissante est surveillée par les vétérinaires et les inspecteurs des fermes de Borden.

Elles mènent une existence choyée — mais seul le lait produit sous ce contrôle rigide est assez bon et assez pur pour devenir le Lait Borden's St. Charles Evaporé Irradié.

Quand vous spécifiez "BORDEN'S"...

sur une formule demandant du lait évaporé irradié, vous vous assurez que la mère emploiera une marque de lait qui satisfait à toutes les exigences de la profession médicale.

Si vous ne connaissez pas le Lait Borden's St. Charles Evaporé Irradié, non sucré, écrivez à The Borden Company Limited, Yardley House, Toronto, Ont., pour recevoir des échantillons et de la documentation professionnelle.

La diète du Diabétique

Listers

ALIMENTS DEPOURVUS D'AMIDON

La farine caséinée de Listers est entièrement dépourvue d'amidon. Sa pâte lève bien et sert à la confection de plats agréables. Une liste de recettes est fournie avec chaque boîte.

Grande boîte pour 30 cuissons **$4.85**

Petite boîte pour 15 cuissons **$2.75**

En vente chez tous les pharmaciens ou directement chez

LISTERS Limited Huntingdon, Quebec **CANADA**

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes.

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande

Agents : CANADA DRUG COMPANY
Pharmaciens en Gros
857, rue Saint-Maurice, - - - MONTREAL

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

Appendicectomie par le Prof. B.-G. Bourgeois: pus dans l'abdomen et adhérences.

35 heures après: la patiente accouchait spontanément d'un enfant prématuré mais en bonne condition physique. Suites opératoires normales.

Discussion:

M. B.-G. BOURGEOIS: Je crois que la question peut être discutée re ce qu'on doit faire en face d'une malade enceinte au cours d'une crise d'appendicite aiguë.

En considérant la chose de plus près avec le Dr Marion, étant donné que c'était une malade en présence d'un abdomen douloureux et tendu, vu l'état du col utérin, on a conclu à un syndrome d'appendicite assez sérieux pour donner à penser que l'appendice pouvait se rupturer. Nous avons alors décidé d'opérer. Je crois que nous avons bien fait, parce que nous sommes tombés sur un abcès appendiculaire. Abcès à paroi excessivement fragile. En soulevant la trompe droite et l'ovaire droit nous avons ouvert cet abcès, lequel contenait 1 oz. de pus très actif.

Nous avons pratiqué l'appendicectomie et diagnostiqué: *appendicite suppurée* avec drainage du Douglas. Abdomen normal au bout de 36 heures. La malade guérit.

Dans ce cas, nous avons été inspirés, car si l'abdomen n'avait pas été ouvert pour l'extirpation, cet abcès se serait rupturé dans l'abdomen avec développement d'une péritonite généralisée.

Cas très sérieux.

M. RICARD: Dans la majorité des cas de grossesse près du terme, l'appendicite aiguë déclenche le travail et l'accouchement prématuré est inévitable.

Ici, nous voulions provoquer et accélérer l'accouchement par un Delmas, la rachi aurait eu double emploi: extraction fœtale rapide; déplétion utérine, et aurions fait l'intervention abdominale immédiatement après.

Le résultat obtenu dans l'occurrence est très magnifique, lorsqu'on considère une mortalité maternelle de 60% et fœtale de 40% à la suite d'appendicite aiguë au cours des derniers mois de la grossesse.

A la suite de l'accouchement, nous avons fait faire la culture du cordon qui fut négative.

La mort de l'enfant aurait pu être engendrée par une septicémie intra-utérine et cette analyse aurait pu servir de preuve à un trop long séjour intra-utérin du fœtus.

Je tiens à signaler le fait que dans le cas actuel la crise suraiguë remonterait à seulement 36 heures. Si celle-ci avait daté de 2 à 3 jours ou plus, il aurait été raisonnable d'exiger l'accouchement avant l'intervention pour sauver au moins l'enfant, la situation de la mère semblant désespérée.

M. MARION: Dans le cas particulier, c'est une question d'appréciation clinique; nous avions affaire à une primipare, tout au début de son travail; c'est pourquoi, en vue de protéger la vie de la malade, de prévenir la rupture de l'abcès, toujours possible au cours des manœuvres et des efforts d'un premier accouchement, nous avons préféré demander l'intervention avant de pratiquer l'accouchement.

Nous nous sommes rangés à une opinion exprimée par la majorité des auteurs sur la conduite à tenir en présence d'une grossesse avec appendicite aiguë.

Les indications opératoires urgentes sont tout à fait exceptionnelles; et dans le cas d'une multipare, je suis d'avis de faire précéder l'intervention par l'accouchement.

Chaque cas doit être étudié suivant son mérite.

Diagnostic de la grossesse par l'Antuitrin-S.
Jacques FORTIER.

Après une étude générale concernant l'action de certains dérivés endocriniens on a cru à la présence dans l'urine de femme enceinte, d'une substance du lobe antérieur de la pituitaire.

Gilfillen et Gregg ont suggéré l'idée que si une femme enceinte avait de cette substance dans son organisme, elle ne serait peut être pas sensible à la réaction intradermique de cette substance; d'autre part, une femme qui n'est pas enceinte réagirait peut-être à l'injection de cette substance. D'après cette idée, une série de femmes enceintes ont été injectées et aussi le même nombre de femmes non-enceintes ont été étudiées.

Le « test » consiste en une injection intradermique de deux gouttes d'une solution fraîche d'Antuitrin-S conservée dans la glacière. On choisi la face ventrale d'un bras comme site de l'injection. Une seringue ordinaire de 2 c.c. et une aiguille nº 26 pour l'injection intradermique. Il est important que la seringue, l'aiguille et la peau soient nettoyées avec de l'eau stérilisée sans alcool ni éther; l'alcool diminue le pouvoir de l'Antuitrin-S, l'éther sur la peau donne un léger érythème. Il est aussi d'une importance capitale de faire une injection réellement intradermique, car les injections plus profondes ne donnent pas de résultats.

Après avoir injecté 2 gouttes intradermiquement, en attend une demi-heure avant de lire la réaction; s'il y a une légère réaction on attend une autre demi-heure avant de tirer des conclusions. S'il n'y a pas de réaction au bout de ce temps, on n'observe pas la patiente plus longtemps.

Les patientes de 30 ans ou plus donnent des réactions plus tardives et celles qui approchent de la ménopause prennent jusqu'à trois heures pour réagir. S'il y a une réaction on l'observe d'habitude au bout de deux heures. La réaction consiste en une zone d'érythème autour du site de l'injection, elle mesure de 7 à 35 ou 40 m.m. Quelquefois la réaction atteindra 5 cm. Si l'épiderme ou la partie soulevée par l'injection devient rouge sans que la zone qui l'entoure le devienne, cela n'est pas une réaction positive mais bien négative.

Une patiente avortée qui retient des cellules déciduales vivantes ne réagit pas à l'Antuitrin-S. Une patiente non enceinte et qui ne retient pas de débris de la conception réagit promptement à ce « test » intradermique. La réaction chez celle-ci commence de suite ou au bout de une à trois minutes après l'injection. De temps à autre une patiente enceinte ou en état de rétention peut réagir au « test » pendant 15 ou 20 minutes mais cette réaction

Gelatinized Milk

LE LAIT GÉLATINÉ TIENT LA TÊTE
DANS LES
ÉPREUVES DE NOURRITURE POUR ENFANTS

Une première étude, dans le Département de Pédiatrie d'une importante Université de l'Est, fut faite sur trois groupes d'enfants (50 bébés par groupe). L'épreuve était destinée à reconnaître les cas types ordinaires, tels que rencontrés par le médecin praticien: vomissements, constipation et autres troubles du tube digestif.

Il s'agissait de déterminer la différence entre le lait de vache, le lait acidifié et le lait gélatiné. Les résultats, tels que rapportés dans « Archives of Pediatrics » janvier-février 1937, furent les suivants:

1. Les enfants nourris au lait gélatiné semblèrent être moins sensibles aux infections, surtout aux infections respiratoires supérieures, que ceux nourris au lait acidifié ou au lait de vache.
2. La diarrhée fut moins fréquente chez les groupes nourris au lait gélatiné et acidifié que chez le groupe nourri au lait ordinaire.
3. Le groupe d'enfants nourris au lait gélatiné eut un meilleur taux d'augmentation que les groupes nourris au lait acidifié ou au lait de vache ordinaire.
4. Les vomissements et l'inappétence, chez les enfants nourris au lait gélatiné, furent guéris ou améliorés, contrairement aux résultats obtenus chez les autres groupes où l'on remarqua bien peu de changement.
5. Les enfants du groupe du lait gélatiné eurent des résultats plus favorables que ceux des groupes du lait acidifié ou du lait de vache en ce qui concerne la constipation.

* Un ou deux pour cent de Gélatine Knox fut ajouté à la ration d'eau bouillie et refroidie. La gélatine fut détrempée pendant 10 minutes avant d'être ajoutée au lait de la formule.

GÉLATINE MOUSSEUSE DE KNOX

KNOX GELATINE LABORATORIES,
472 Knox Avenue, Johnstown, New York.
Veuillez m'envoyer une copie du rapport ci-dessus mentionné, ainsi qu'un échantillon d'essai de Gélatine Knox.

Nom .....

Rue .....

Ville ..... Province .....

(I. O. G.)

DIA - TOSAN

LE MEILLEUR ET EFFICACE
TRAITEMENT DU DIABÈTE
PAR VOIE BUCCALE.

Ce produit n'a été mis à la disposition du Corps Médical Français qu'après **trois années de travaux de laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris.**

9 à 12 comprimés par jour **en 3 fois,** au **début des repas.**

Agent général pour le Canada: L. BOUDOT, 8955, rue Routhier, Montréal, P. Q.

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

disparaît ensuite et on ne constate rien en examinant ces patientes une demi-heure plus tard. Dans 3 ou 4 cas une légère réaction débuta de 6 à 8 heures après l'injection, bien que ces femmes fussent enceintes. On a observé des cas de rétention de cellules déciduales (curettage) vivantes ou mourantes où la réaction de Zondeck fut négative et celle de l'Antuitrin-S fut positive. Tels sont les résultats des expériences de Gilfillen et Gregg. Nous avons fait les expériences suivantes que nous compléterons plus tard.

Cas nº 1, 12-1-37.

19 ans. Envoyée à l'hôpital pour néphrite aiguë et grossesse.

Diagnostic posé ici: Pyélonéphrite et grossesse.

Symptômes: Utérus augmenté de volume. Col ramolli. Vomissements le matin. Souffle utérin. Vergetures. Dernières menstruations: 19 juillet 1936.

Réaction à l'Antuitrin-S négative: Grossesse d'après le « test ».

Cas nº 2, 12-1-37.

18 ans. Envoyée à l'hôpital pour annexite double.

Diagnostic posé ici: Menace d'avortement.

Symptômes: Utérus augmenté de volume. Col ramolli. Seins augmentés de volume. Pertes sanglantes. Vomissements le matin. Dernières règles: 24 octobre 1936.

Réaction à l'Antuitrin-S négative: Grossesse d'après le « test ».

Cas nº 3, 12-1-37.

23 ans. Envoyée à l'hôpital pour avortement.

Diagnostic posé ici: Idem.

Symptômes: Utérus gros, col ramolli. Vomissements. Rayons X positif. Pertes sanglantes. D. M. 11 juin 1936.

Réaction à l'Antuitrin-S: négative, donc grossesse d'après le « test ».

Cas nº 4, 12-1-37.

17 ans. Envoyée à l'hôpital pour salpingo-ovarite.

Diagnostic posé ici: Pelvi-para-métrite.

Symptômes: Symptômes de rétention placentaire depuis le 14 novembre 1936, date d'un avortement. Pertes sanglantes répétées, col ouvert, douleur. To. etc.

Réaction à l'Antuitrin-S: négative, donc rétention de cellules déciduales vivantes ou avortement incomplet d'après le « test »

Cas nº 5, 12-1-37.

33 ans. Envoyée à l'hôpital pour menace d'avortement.

Diagnostic posé ici: Idem.

Dernières menstruations: 11 août 1936.

Réaction à l'Antuitrin-S douteuse.

Cas nº 6.

31 ans. Envoyée à l'hôpital sous observation.

Diagnostic posé ici: Annexite double adhérente.

Symptômes: Utérus augmenté de volume, col entr'ouvert.

Dernières menstruations:

Réaction à l'Antuitrin-S: négative. Grossesse ou avortement incomplet d'après le « test ».

Cas nº 7.

34 ans. Envoyée à l'hôpital pour grossesse tubaire probable.
Diagnostic posé ici: Idem.
Réaction à l'Antuitrin-S: négative donc grossesse.
Ici la réaction a été faite une heure après l'opération.

Cas nº 8.

26 ans. Envoyée à l'hôpital pour grossesse.
Diagnostic posé ici: Fibrôme.
Réaction à l'Antuitrin-S: positive donc pas de grossesse, d'après le « test ».

Cas nº 9 et 10. Témoins:

Mme R. X. Réaction positive de suite après injection.
Mme M. Z. Réaction positive 2 minutes après injection.
Donc pas de grossesse d'après le « test ».

Il est bien entendu que nous ne sommes pas prêts à conclure de la valeur de ce « test » avec aussi peu d'expériences, néanmoins nous portons à votre attention les faits que nous avons observés ainsi que les avantages de cette méthode qui sont le temps, la simplicité et l'économie. C'est aussi une méthode qu'on peut employer dans le bureau.

Nous continuons nos expériences avec ce « test » à l'Antuitrin-S et bientôt nous publierons nos résultats sous forme de statistiques.

Discussion:

M. GRIGNON: Je demanderais au Dr Jacques Fortier quelle est la substance contenue dans l'Antuitrin-S qu'il croit responsable de cette réaction.

La question est assez importante puisque l'on sait que l'urine de femme enceinte contient plusieurs substances hormonales.

C'est la troisième résurrection de cette réaction et je ne crois pas qu'elle survive plus longtemps que les deux fois précédentes. J'insiste pour dire que nous avons dans la réaction de Zondeck un « *test* » excellent et je ne crois pas, qu'à l'heure actuelle, l'on doive l'abandonner pour toute autre épreuve de laboratoire.

M. BERNIER: Dans cette nouvelle technique de dépistage de la grossesse par un test cutané, il n'y a qu'une chose qui me choque: C'est l'absence d'un « test » témoin fait avec les solvants de l'Antuitrin-S.

On serait alors plus en mesure d'interpréter ce test.

M. Jacques FORTIER: Après la discussion qui a eu lieu, pour répondre au Dr Bernier qui aimerait avoir une substance témoin à l'Antuitrin-S, on a fait des recherches avec plusieurs substances témoins qui n'ont pas donné de résultats satisfaisants à date.

Les recherches sur ce point se continuent.

Etant donné toutes les substances qui entrent dans l'Antuitrin-S, il serait osé de nommer laquelle de ces substances produit la réaction.

AGOCHOLINE

Médication rationnelle pour le drainage des voies biliaires.

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Forme: Granulé soluble agréablement aromatisé.

Présentation: Boîtes de 120 grammes.

" 250 "

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, rue de Fécamp, PARIS

Agents généraux:

MILLET, ROUX & CIE, Limitée

1215, rue Saint-Denis - - MONTREAL

ENCOURAGEZ NOS ANNONCEURS

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

BISCAMINE
Bismuth, Kaolin colloïdal, Mucilage, Magnésie paraffinée.
PANSEMENT DU TUBE DIGESTIF
Mode d'emploi. — Estomac: Une cuillerée à thé dans un peu d'eau, avant ou après les repas ou au moment des douleurs.

ELIXIR POLYBROMURE
(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

La pharmacie d'ordonnances **ARTHUR HIRBOUR** ci-devant Bisaillon-Hirbour
35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins. Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny **Téls: LA. 7356 — PL. 0305**

MONTRÉAL

MALTLEVOL

(MARQUE DÉPOSÉE)

Cette préparation contient de la Levure (Vitamine B), Extrait de Foie Frais concentré (Vitamines A et D), Lécithine (Vitamines A, B, C et D), Fer Organique, Moelle d'Os (Vitamine A), avec de l'Extrait de Malt (Vitamines B-1, B-2, et E), dans un bon vin.

Recommandée où il y a indication d'un traitement contre l'Anémie, Débilité, Rachitisme et dans toutes les maladies de carence.

Évitez les substituts en spécifiant MALTLEVOL en flacons originaux cachetés de 12 onces.

POSOLOGIE

Adultes: Une cuillerée à soupe deux ou trois fois par jour, ou selon l'avis du médecin.
Enfants: Doses proportionnelles.

Manufacturée par

FRANK W. HORNER LIMITED

MONTRÉAL - Canada

Fibrome et grossesse. — L. GERIN-LAJOIE.

Cette communication a paru comme article original dans l'« *Union Médicale du Canada* », numéro de février 1937.

Pas de discussion.

Réaction de Bordet Wassermann paradoxale. (Positive à l'antigène alcoolique et négative à l'antigène cholestériné.)

A. LEGER et Geo. HEBERT.

Mademoiselle C. H..., 22 ans, est hospitalisée le 23 novembre 1936 pour sténose mitrale avec hémoptysies. Son sang présente une réaction de Wassermann paradoxale dont le rapport se lit comme suit: antigène à l'extrait alcoolique (xxx) antigène cholestériné (—). Le Kahn est (xxx). Un examen de contrôle donne une réponse identique. Au niveau du liquide céphalo-rachidien, la réaction de B.W. est négative aux deux antigènes.

Antécédents personnels: Aucune histoire de spécificité acquise. En bas âge: coqueluche et rougeole. A 12 ans pneumopathie, à 18 ans, ouverture d'un abcès du sein, à 22 ans (il y a 10 mois) nouvelle pneumopathie. Elle est alors hospitalisée à l'Institut Bruchési pendant trois semaines.

Antécédents familiaux: Mère décédée à 39 ans de cardiopathie. Père vivant en bonne santé. Trois frères vivants en bonne santé. Deux sœurs vivantes.

N.B. Les réactions de Wassermann et de Kahn, pratiquées sur le sang du père, de deux frères et d'une sœur de la patiente ont toutes été négatives.

Particularités de l'examen objectif: Voix nasillarde. Rythme de sténose mitrale. Cicatrice au niveau du sein gauche. L'examen gynécologique ne décèle pas de leucorrhée, ni de lésion annexielle, l'utérus est petit, mobile, le col est punctiforme.

Les différents examens de laboratoire sont sans intérêt.

Evolution: Dans un but de réaction possible nous injectons à deux reprises 15 centigrammes de Novar, puis nous demandons un nouveau B.W. du sang. La réponse revient négative aux deux antigènes.

Considérations:

La réaction de Wassermann rencontrée chez notre malade est une réaction tout à fait exceptionnelle. Elle a été observée quelquefois par certains sérologistes, en particulier par Fordyce de New-York, mais nulle part on ne trouve l'explication de ce phénomène. Dans le cas qui nous occupe, cependant, nous sommes convaincus qu'il ne s'agit pas de syphilis: il n'existe aucun antécédent personnel ni familial pour nous y faire penser et l'examen objectif est tout à fait négatif à ce point de vue.

Discussion:

M. BERNIER: Je demanderais comment l'on a procédé pour faire la réaction et combien de jours après les autres « *Wassermann* » de contrôle ont été faits.

M. MARIN: Ces réactions discordantes s'observent surtout chez des sujets à faible potentiel syphilitique ou encore chez des individus en état de syphilis acquise, comme chez des hérédo-syphilitiques dont l'infection est fruste ou bien encore chez des individus en état de syphilis acquise vers la fin de leur période pré-humorale, alors que le Wassermann est en train de se positiver peu à peu.

Du reste le Wassermann est loin d'avoir une valeur absolue, puisqu'il peut être positif chez des individus non syphilitiques.

Chez cette malade, il est possible qu'il s'agisse d'hérédo-syphilis fruste, il est possible aussi que cette réaction discordante soit due à un autre agent de nature indéterminée. Des examens ultérieurs fréquemment répétés pourraient nous éclairer à ce sujet.

M. SABETTA: J'ai examiné cette malade et j'ai trouvé qu'il y avait absence de l'appendice xyphoïde. En tenant compte de ce que le Dr Marin vient de dire au sujet du Wassermann, je crois qu'il s'agit d'un cas de syphilis héréditaire.

M. HEBERT: Nous avons injecté 15 centigrammes de Novar, et quatre jours plus tard, quinze (15) autres centigrammes, puis nous avons fait faire un B.W. quatre (4) jours plus tard. Comme la malade voulait avoir son congé, nous avons été forcés de procéder de cette façon.

Nous n'avons pas d'objection à appeler cette réaction discordante. Nous l'avions appelée paradoxale à cause de son extrême rareté.

Le Dr Archambault du Laboratoire provincial qui a fait une quantité de B.W. n'en a rencontré que de rares cas.

Il nous a donné comme pathogénie possible de cette réaction l'explication suivante: il existerait dans le sérum de notre malade une substance lipoïdophile. Elle permettrait la négativité des contrôles et elle serait positive avec l'extrait alcoolique. Elle le serait davantage avec l'antigène de Kahn.

Si l'on veut interpréter ce cas comme un cas de syphilis héréditaire, il faudra supposer que ses arrières grand'parents étaient syphilitiques, car son père et toute sa famille ne présentent aucun stigmate de syphilis.

Nous savons, par contre, que la syphilis peut sauter un certain nombre de générations.

M. LEGER: Le Dr Marin me dit à l'oreille que le B.W. et le Kahn faits quelques jours après tentative de réactivation et une seule fois ne permettent pas de tirer de conclusions.

Le Dr Hébert a omis de dire qu'un B.W. et un Kahn ont été refaits récemment et les deux rapports sont négatifs.

Anévrisme de la crosse aortique. — G. BARRY.

Histoire du malade: Mme L. V., 65 ans. Apparition, il y a trois ans, d'un soulèvement de la région sternale, au niveau de la 1ère côte gauche; indolore au début il a graduellement donné de l'engourdissement, de la dyspnée et des douleurs qui sont disparus avec le traitement approprié. Régression et réapparition successivement en février 1935 et août 1936. Elle revient pour sa réapparition.

Histoire familiale: Rien à noter.

SUBSTANCES OESTROGÉNIQUES (FOLLICULAIRES)

TERMINOLOGIE DES HORMONES SEXUELLES FEMININES

SUBSTANCES ŒSTROGÉNIQUES (FOLLICULAIRES)

	Noms chimiques	Noms déposés de la Maison Schering (Canada) Ltd.	Source* commerciale	Caractères
1.	Œstrone Theelin Œstrine Cétohydro-œstrine Folliculine		Urine de femmes enceintes et (ou) de juments pleines.	Forme sous laquelle l'hormone est excrétée.
2.	Œstradiol Dihydrotheelin Dlhydro-œstrine Dihydro-œstrone Dihydrofolliculine	**PROGYNON-DH** Comprimés, pour voie buccale.	Par synthèse partielle à partir de l'œstrone.	La seule hormone isolée du tissu ovarien par Doisy et ses collaborateurs. Produit très actif, se prêtant au dosage précis par voie buccale.
3.	Benzoate d'Œstradiol Benzoate de Dihydrotheelin Benzoate de Dihydro-œstrine Benzoate de Dihydro-œstrone Benzoate de Dihydrofolliculine	**PROGYNON-B** Solution huileuse pour injection intramusculaire.	Par synthèse partielle à partir de l'œstrone.	Le benzoate de l'hormone précédente. S'absorbe lentement, exerce une action soutenue, s'élimine lentement, très actif.
4.	Œstriol Theelol Œstratriol		Urine de femmes enceintes et placenta humain.	Moins active que l'œstrone d'après l'essai Allen-Doisy.
	HORMONE DU CORPS JAUNE			
5.	Progestérone Progœstrone Progestine Lutéostérone Corporine	**PROLUTON** Solution huileuse pour injection intramusculaire.	Synthétisée à partir de stérols obtenus de l'huile de soja.	Solution huileuse de l'hormone synthétique du corps jaune indispensable à l'entretien de la grossesse.

* Mention n'est faite que de celles ayant une importance commerciale ou pratique.

La terminologie endocrinologique prête actuellement à confusion. C'est pourquoi nous présentons ce tableau avec l'espoir qu'il vous guidera dans le labyrinthe de cette terminologie. Découpez ce tableau ou écrivez-nous pour en obtenir une copie

SCHERING (CANADA) LIMITED, Casier Postal 358, MONTRÉAL

CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-

Histoire personnelle: Rougeole. Métrite à 18 ans. Arthrite ou synovite des deux genoux il y a 8 ans. Ménauposée à 38 ans. Aucune grossesse. Deux mariages: 1er à 27 ans, mari bien, mort à la suite d'un accident; 2ème; mari vivant, bien portant, dit-elle.

Examen: Tumeur sternale au niveau de la 1ère côte gauche, indolore au toucher, non pulsatile à l'entrée, consistante, violacée, mesurant 7 x 6 x 3-4 c.m. A l'entrée la patiente ressent quelques douleurs précordiales s'irradiant un peu vers le bras gauche.

Auscult.: S.S. au F.M.: Légère accentuation du 2ème bruit A. avec léger souffle au F.A. Souffle systolique perçu au niveau de la tuméfaction. Pas d'éréthisme. Poumons: rien de spécial.

Pas d'œdème. Réflexes lents. Pâleur, asthénie, arc sénil, langue saburrale.

Laboratoire: Ponction lombaire et B.W. actuellement négatifs. Examens antérieurs négatifs. Rayons X.; Graphie (voir dossier) Calcification.

Orthodiagramme: Légère augmentation du volume du V.G. Anévrisme de la crosse de l'aorte (face ant.). Images bien nettes en OAG et OPD.

EGG. Surtout à noter: léger éréthisme, allongement de P-R et T-S-T en DIII. Oscillométrie: voir graphiques.

Diagnostic: Anévrisme de la crosse de l'aorte.

Remarques: La malade a été présentée en novembre 1936 surtout à cause de la rareté de ces manifestations de nos jours, et aussi pour le peu d'accentuation des signes qui étaient eux-mêmes peu nombreux pour une lésion de ce genre. Soumise au cyanure de HG. et à la Naialgine l'anévrisme a regressé pour mesurer 6 x 6. 76 cm. le 19/10/36. Une scopie trois semaines plus tard a montré une régression presque totale de la tumeur anévrismale. Le traitement a dû être interrompu tout dernièrement à cause de quelques troubles d'intolérance et une médication bismuthée a été commencée. En même temps que les signes d'intolérance il y a eu légère augmentation de la tumeur. Jusqu'à date le bismuth semble bien toléré. La malade est présentée pour démontrer l'évolution et le résultat de notre médication. Malheureusement depuis l'annonce du cas, il y a eu recrudescence de la tumeur.

Discussions:

M. J.-U. GARIEPY: M. Gariépy demande à M. G. Barry s'il ne croit pas opportun dans les cas d'anévrysmes de la crosse de l'aorte de faire des injections paravertébrales de nupercaïne en vue: 1° d'améliorer la circulation des vasa-vasorum de la crosse aortique par vaso-dilatation; 2° de couper le circuit douloureux parce que, dit-il, l'on sait que le Capharnaum nerveux péri-aortique est composé des fibres des nerfs cardiaques parasympathiques qui descendent former l'arc antérieur du plexus nerveux péri-aortique pendant que le réseau nerveux postérieur inclut la majeure partie des familles des nerfs cardio-sympathiques. Conséquemment, la nupercaïnisation du ganglion étoilé et des 1er et 2ème ganglions sympathiques thoraciques aurait pour effet de découpler les réflexes locaux aortiques d'avec les centres moteurs plus haut situés dans le tractus intermédio-latéral et dans la moelle.

M. G. BARRY: Nous croyons que ces injections sont tout à fait indiquées dans les syndromes douloureux. Dans le cas particulier, comme notre malade ne souffre pas nous n'avons pas cru nécessaire de faire pratiquer cette intervention.

Plus tard, si la malade présentait un syndrome douloureux, nous sommes d'avis de recourir à cette nupercaïnisation.

Angiocholite suppurée ascendante consécutive à un néo de l'ampoule de Vater. — Alph. BERNIER.

Histoire: Dossier 6654 et 7608, 1936. Autopsie 1652.

Le malade, M. Ls. B., 66 ans, se présente pour la première fois à l'hôpital au début de septembre 1936. Il se plaignait déjà depuis 4 semaines d'inappétence, de constipation opiniâtre, d'asthénie, de toux, de troubles de la miction et de ballonnement. Finalement une anorexie complète s'installe, accompagnée de céphalée, de pollakiurie diurne et nocturne.

Examen clinique: Pendant tout ce premier stage à l'hôpital, la température du malade oscille entre 102 et 101 le soir et la normale ou légèrement au-dessous de la normale le matin. Les bruits du cœur sont assourdis, on note aussi quelques extrasystoles. Poumon: nil. Abdomen: souple, non douloureux, le foie déborde légèrement les fausses côtes et semble légèrement hypertrophié. Pas de douleur au creux épigastrique. Tympanisme abdominal exagéré.

N.B. 5 jours avant sa sortie. Le malade présente un ictère généralisé et un foie débordant les fausses côtes de 3 travers de doigts.

Lors de son deuxième stage, un mois plus tard, le malade présente les mêmes symptômes subjectifs et objectifs et, en plus, un ictère franc et une hépatomégalie augmentée. Matité dans la ligne mamelonnaire sur 22 cms de hauteur (doublée) la surface du foie est lisse au palper.

Une légère circulation collatérale apparaît.

Examens de laboratoire: le 7-9-36 G.R. 3,600,000, Gl. Bl. 6,000 H. 55 V.G. 0.8 P.N. 75 G.M. 8 Ly. 17; le 25-9-36 G.R. 3,500,000 Gl. Bl. 14,000 H. 55 V.G. 0.8 P.N. 76 G.M. 8 Ly. 16; le 7-9-36 Azotémie 0.52; Glycémie 1.52; le 16-9-36 Azotémie 0.42; le 29-9-36 Examen radioscopique: négatif; le 6-10-36 Examen radioscopique et radiologique négatifs.

2ème stage: le 14-10-36 Hémoculture négative; 19-10-36 Galactosurie provoquée négative; 21-10-36 *Biles A.B.* 0.31-26 Cholestérine; 27.19-11.17 bilirubine (Van den Bergh); Bactéries dans les deux biles. Dans la bile B il ne devrait pas y en avoir normalement. 22-10-36 Formule sanguine: G.R. 2,250,000.; Gl. Bl. 11,000.; H. 45 N.G. 1. P.N. 80 G.M. 4 L. 16.

Le 14-10-36 Hémoculture négative; 19-10-36 Galactosurie provoquée négative; 21-10-36 *Biles A.B.* 0.31-0.26 Cholestérine; 27.19-11.17 bilirubine (Van den Bergh); Bactéries dans les deux biles. Dans la bile B il ne devrait pas y en avoir normalement; 22-10-36 Formule sanguine: G.R. 2,250,000.; Gl. Bl. 11,000.; H. 45 N.G. 1 P.N. 80 G.M. 4 L. 16

Protocole d'autopsie: Cadavre ictérique. On retire 1200 c.c. de liquide jaunâtre de l'abdomen (bile) pour une partie, 600 c.c. de la plèvre droite.

Cœur: 400 grammes, œdème du péricarde. Dilatation du cœur droit. Myocarde mou très friable. Myocardite.

Bronches: contiennent du muco-pus et un œdème jaunâtre.

Poumons: droit, 950 grammes. Emphysème du sommet. Le lobe inférieur est solide, à l'inverse des deux autres il ne s'affaisse pas. Ses 2/3 supérieurs

sont rouges et le 1/3 inférieur gris. Sur la surface de section on note des îlots grisâtres desquels la moindre pression fait sourdre un pus sale. Broncho-pneumonie confluente remontant à une semaine environ.

Gauche: 500 grammes. Le lobe supérieur présente un nodule calcifié, tuberculeux, ancien. Le lobe inférieur présente, sous sa plèvre, une zone jaunâtre prononcée, broncho-pneumonie au début.

Vésicule biliaire: Le fond en est pris dans des adhérences récentes et à la moindre traction de ces adhérences la vésicule laisse voir de nombreuses taches noirâtres centrées par un trou. Nombreuses perforations de la vésicule. Le gros intestin est recouvert d'adhérences depuis son cœcum jusqu'à son angle splénique.

Rate: Adhérences à la paroi. Les adhérences du pôle inférieur sont déjà anciennes car la traction amène avec elles la capsule. Le pôle supérieur est recouvert d'un enduit hyalin. (Zuekerguss). Boue splénique abondante et pulpe blanche abondante. Rate infectieuse.

Reins: Gauche: 190 grammes; droit. 185 grammes. Les reins présentent de nombreux petits kystes et une corticale très pâle, de teinte ictérique. Décapsulation facile.

Pancréas: scléreux.

Duodénum: au pourtour de l'ampoule de Vater on note une ulcération indurée, cratériforme, à bords abrupts ayant un diamètre de 2 cms. Cette ulcération repose sur un tissu scléreux.

Foie: 3,000 grammes. Doublé de poids. En surface on note de très nombreuses taches verdâtres, légèrement surélevées, de dimension variable allant de la grosseur d'une tête d'épingle à la grosseur d'un pois. Ces taches ont un pourtour de teinte violacée, ecchymotique. D'autres taches sont blanchâtres.

A la coupe: on note un gros abcès, avec une grande quantité de petits abcès disséminés dans tout le parenchyme. Le contenu de ces abcès est verdâtre.

Histologie: *Cœur*: Sclérose du myocarde et calcification dans certaines fibres près des piliers. Dégénérescence granuleuse disséminée.

Poumons: Broncho-pneumonie à pneumocoques.

Reins: Sclérose glomérulaire et intertubulaire.

Foie: Ce qui reste du parenchyme hépatique a adopté l'aspect du foie cardiaque. Les travées sont plus larges au pourtour de l'espace porte qu'au centre du lobule où elles sont filiformes et brouillées. Dégénérescence graisseuse prononcée des espaces périportaux. On retrouve dans de nombreux canaux biliaires souvent dilatés des globi microbiennes, ce qui indique bien que l'infection est d'origine biliaire ascendante. Ces dilatations canaliculaires vont jusqu'à former de nombreux petits abcès de tous les diamètres jusqu'à 1 cm. Le contenu de ces abcès se compose de pŏy et de cellules hépatiques en voie de nécrose, le tout baigné dans la bile.

Duodénum et pancréas: Le pancréas présente dans sa trame conjonctive des îlots de stéato-nécrose. Au pourtour de l'ulcération à l'ampoule de Vater les musculeuses s'infléchissent vers la profondeur et forment un espace de bol. Au fond elles sont méconnaissables tant elles sont déchiquetées par des boyaux cancéreux qui remplissent tout ce bol. Ces boyaux cancéreux dépassent les musculeuses et pénètrent assez avant dans le pancréas. Le

néoplasme est tantôt disposé en tubules glandulaires à hautes cellules cylindriques, tantôt en travées massives où l'on note des îlots kératinisés. Les métastases ganglionnaires, au niveau du hile hépatique, ont la même structure que la tumeur duodénale.

Remarques: Cette observation nous donne l'occasion de souligner la difficulté dans certains cas d'interpréter les résultats obtenus par le tubage duodénal. Normalement il ne doit y avoir de microbes que dans la bile A. celle du duodénum, ou des voies biliaires basses. La bile B., celle de la vésicule, est supposée être aseptique, normalement tout au plus contient-elle quelques microbes qu'elle a entraînés lors de son passage dans les voies biliaires inférieures. La dernière bile C., celle venant du foie directement, serait encore aseptique, les voies biliaires inférieures ayant été lavées, par les deux précédentes.

Lors du tubage, 13 jours avant la mort, les voies biliaires inférieures étaient encore un peu perméables puisqu'on a retiré de la bile. Mais avait-on le droit de mettre sur l'étiquette des échantillons bile A. et bile B? Je ne le crois pas à cause du rapport du laboratoire et des résultats de l'autopsie. Une tumeur de l'ampoule de Vater obstruerait les voies biliaires plus ou moins complètement. Cette obstruction était par contre signée par un ictère de rétention progressif considérable.

De plus, si l'on est parvenu à obtenir une bile B. qui aurait franchi ces obstacles pourquoi n'a-t-on pas retiré la bile C. qui devait suivre forcément la bile B. Le rapport du laboratoire aussi n'est pas celui d'une bile A et d'une bile B. La bile A contient normalement 0.25 de cholestérine et la bile B 1.10 et nos échantillons ont donné: A. 0.31 et B. 0.26. On voit bien ici que la teneur en cholestérine des deux échantillons est sensiblement la même, c'est qu'en réalité les deux biles A. et B. sont une seule et même bile A. des voies biliaires inférieures.

Autre paradoxe, la bile A. serait plus riche en pigment biliaire que la bile B. qu'on aurait retirée. Normalement la bile A. contient 12 unités Van den Bergh et la B. 50, et nous avons ici, A. 27.17 et B. 11.17.

Ces quelques remarques font voir dans quelles difficultés d'interprétation l'on peut parfois se trouver en face d'un rapport qui, lui est juste. C'est l'étiquette sur l'échantillon qui est fausse.

Une dernière remarque à propos du tubage duodénal. Dans un cas comme celui rapporté où l'on est en droit de soupçonner une angiocholite suppurée, où la vésicule présente des parois déjà lésées il est dangereux, je crois, d'injecter le sulfate de Magnésie qui en la contractant peut en faciliter la rupture, d'autant plus que cette vésicule est distendue par la rétention biliaire.

Discussion:

M. MOUSSEAU: M. Bernier a raison de se demander si les biles obtenues sont bien des biles A. et B.

En raison de la teneur très faible en bilirubine de la bile B., nous avons raison de croire que cette bile B. n'est qu'une bile A. et d'autant plus, que le caractère qui pourrait l'en faire se différencier repose sur l'aspect physique.

Quant à la perméabilité de l'ampoule de Vater elle doit être ici relative pour que nous supposions qu'il y ait à ce niveau des bourgeons charnus néo-

PROTECTION CONTRE le RACHITISME

pour aussi peu que 2½c par jour avec

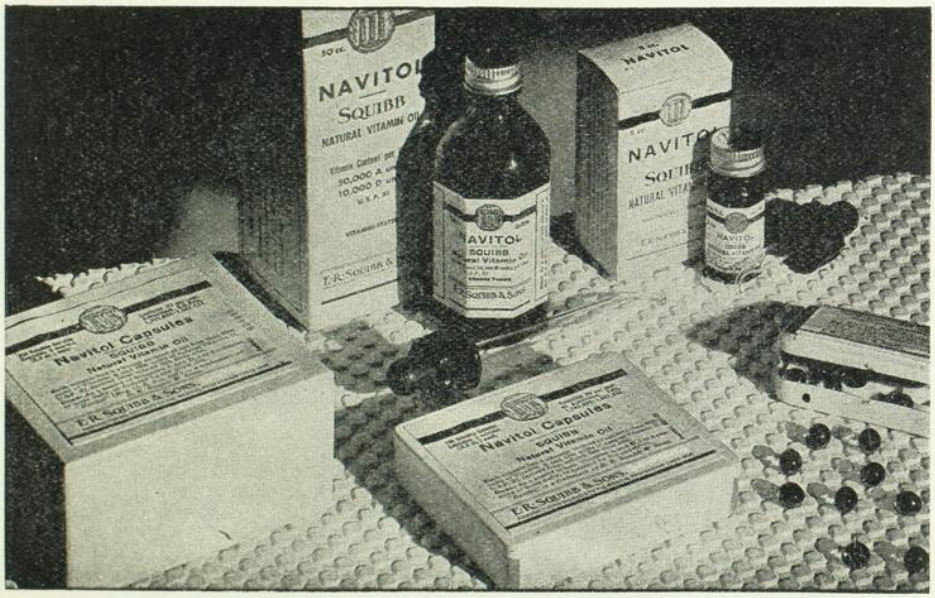
NAVITOL

l'Huile Squibb contenant des Vitamines Naturelles.

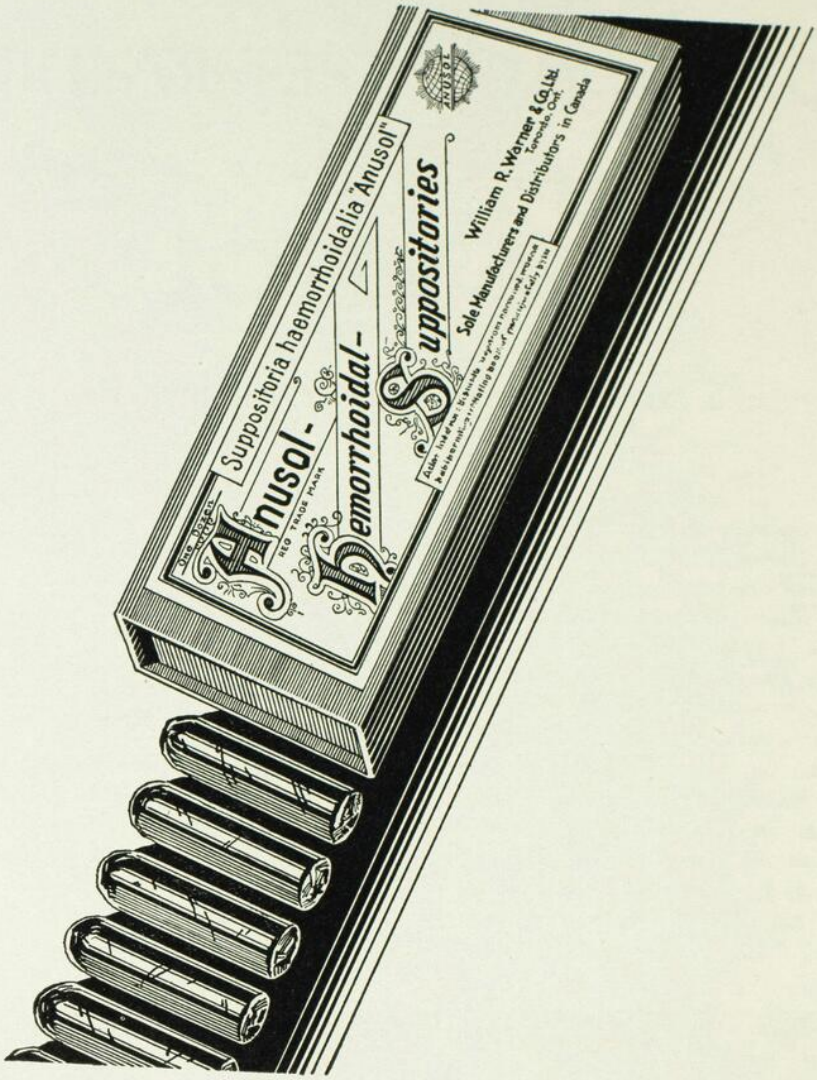
Depuis que se prennent régulièrement des suppléments alimentaires contenant les Vitamines A et D, le coût de médication est devenu un important facteur. En Navitol, le médecin a à sa disposition un produit aussi richement doté des Vitamines A et D que l'huile de foie de flétan avec viostérol, et qui coûte cependant 40% de moins.

Navitol est un mélange d'huiles de foie de poissons spécialement choisies, raffinées fournissant les Vitamines A et D sous leur forme naturelle exclusivement. Il contient par gramme pas moins de 50,000 unités de Vitamine A et 10,000 unités de Vitamine D (unités internationales). Navitol est d'emploi commode et efficace à petites doses. Une dose prophylactique quotidienne moyenne de 10 gouttes ou d'une capsule de 3 minim. fournissent pas moins de 8,500 unités de Vitamine A et 1,700 unités de Vitamine D (unités internationales).

On peut se procurer Navitol chez le pharmacien, en bouteilles de 5-cc. et de 50-cc., avec compte-gouttes, ainsi qu'en boîtes de 25 et de 100 capsules. Pour imprimés, écrire au Professional Service Department, 36 Caledonia Road, Toronto.



E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.



QUATRE FACTEURS d'une importance primordiale sont à considérer dans le traitement médical des hémorroïdes; le suppositoire rectal doit posséder des vertus thérapeutiques efficaces, doit pouvoir être employé sans danger en toutes circonstances; ne doit produire aucun effet accessoire ou nocif sur l'organisme; doit être facile et commode à employer. Le fait que la profession médicale favorise de plus en plus les Suppositoires Anusol est une preuve que ceux-ci possèdent tous ces facteurs. Pouvons-nous vous envoyer une provision d'essai de Suppositoires Anusol. Vous n'avez qu'à demander.

LES SUPPOSITOIRES ANUSOL SONT VENDUS EN BOÎTES DE 6 ET DE 12

ANUSOL

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD., 727 King St. W., Toronto, Ontario.

plasiques qui permettent vraisemblablement l'ascension du microbe vers la vésicule biliaire pour y déclencher une cholécystite suppurée, et nous ne croyons pas qu'une lésion anatomique de ce genre localisée à l'ampoule de Vater puisse permettre ce réflexe de contraction vésiculaire que déclenche normalement le contact d'une solution magnésienne à ce niveau.

Par contre, j'ajoute qu'une lésion néoplasique de la tête du pancréas, qui est une lésion scléreuse encerclant solidement la partie terminale du cholédoque, empêche l'infection vésiculaire par voie ascendante.

Il est toujours permis de supposer que cette infection puisse se faire par la voie circulatoire sanguine lymphatique.

Quant à la rupture de la vésicule biliaire susceptible d'être provoquée par l'épreuve de Metzer-Lyon, je n'y crois pas davantage pour les mêmes raisons que dans ces conditions pathologiques le réflexe par la solution de magnésie reste muet.

M. RICARD: La rupture est-elle due à une gangrène par infection, par stéato-nécrose ou par nécrobiose cancéreuse?

M. BERNIER: Quant à la perméabilité des voies biliaires inférieures il est certain qu'il y en avait une, puisqu'on retire de la bile incontestable. Quant à l'aspect objectif des échantillons, ce n'est pas moi qui les ai examinés, mais je ne crois pas que l'on ait actuellement obtenu une bile B. à cause du rapport de l'analyse de ces deux biles supposées différentes, et des trouvailles de l'autopsie.

Quant à la rupture de la vésicule par sulfate de magnésie, ce n'est là qu'une hypothèse.

Pour répondre au Dr Ricard, je dirai que ces ruptures vésiculaires peuvent être consécutives à de petits abcès comme dans notre cas, ou à des nécroses.

Appendicite aiguë et grossesse. — J.-P.-M. RICARD.

Histoire du malade: Mme C. L., âgée de 29 ans, primipare, est admise d'urgence à l'hôpital pour appendicite aiguë. La malade a eu ses dernières règles le 8 mai 1936 et est actuellement, le 20-12-36, enceinte d'environ 8 mois. Elle a été prise soudainement de douleurs dans les reins, il y a environ 36 heures. Vomissements alimentaires puis bilieux assez abondants. Après une selle spontanée il y a 2 jours, constipation et arrêt partiel des gaz, mictions plus impérieuses et plus fréquentes. La malade a, en plus, de fortes tranchées et de plus en plus rapprochées. La malade au cours de sa grossesse, en est à sa deuxième crise d'appendicite, la première date du 20 août 1936.

Histoire de famille: Rien de particulier. Père, 55 ans, B.S. Mère, 54 ans, rhumatisante.

Antécédents personnels: Réglée à 13 ans, toujours régulière durée 7 jours; mariée à 28 ans; dernières règles le 8 mai 1936; coqueluche, varicelle, oreillons; à 1 an, pneumonie, à 5 ans ictère, à 17 ans, sciatique droite. Anémie.

Examen: Malade très souffrante et nerveuse. Pouls rapide à 100-110, temp. 99 à 100°, respiration 24. P.A. 110/70.

Abdomen: Très volumineux, on note une grossesse de 8 à 9 mois, tête à gauche. La palpation détermine de la douleur vive avec défense musculaire dans toute la région du flanc et de la fosse iliaque droite, et l'on perçoit un peu plus de résistance au point de McBurney, plastron, le reste de l'abdomen est tendu et douloureux et l'on décèle des contractions utérines intermittentes. Points douloureux rénaux à droite.

Toucher: Col mou entr'ouvert, dilaté à 50 cts, partiellement effacé.

Vaginal: Engagement complet, mais présentation facile à remonter, une tête ou un siège? le doigt ramène des glaires sanguinolentes, le toucher a été très pénible et douloureux.

Toucher rectal: ampoule remplie de matières et Douglas? douloureux.

En consultation: 1° Chirurgie: Dr B. G. Bourgeois, Dr Ricard; 2° Obstétrique: Dr Marion, Dr P. Fortier.

Opération: Anesthésie générale au cyclopropane. Dr Houle 21/12/36 à 11 hrs a.m. Appendicectomie et drainage tubulaire du Douglas et cigarettes; au foyer on trouve œdème de la paroi et une appendicite gangrenée avec péritonite généralisée, adhérente dans la partie toute supérieure de la fosse iliaque et partiellement enfouie sous la masse utérine, qui se laisse assez facilement repoussée, pour libérer le cæcum.

Evolution normale au point de vue chirurgical.

Accouchement: L'accouchement se fait spontanément et normalement, le 22 à 9 hr. p.m., soit 34 heures après l'opération. Suites normales. Mère et enfant en bonne santé.

Laboratoire et Rayons X: B.W. Négatif. Culture du cordon: négative; Analyse d'urines: Albumine: peu. Pas de pus; acétone en quantité. Formule sanguine: Gl. R. 3,600,000. Gl. Bl. 17,000. Hémogl. 58%; Polyn. 81, Mono: 4, Lymph. 15

Diagnostic: Appendicite aiguë et grossesse de 8 mois ou plus, travail commenc., accouchement inévitable.

Diagnostic différentiel: Salpingite aiguë; pyélonéphrite droite, torsion tubo-ovarienne.

Considérations: Voici un cas très grave d'appendicite aiguë au cours de la grossesse, ayant eu un dénouement des plus heureux, mais qui laisse se dégager de nombreuses réflexions; 1° quant au diagnostic; 2° quant à la répercussion immédiate de la lésion intra-abdominale sur la grossesse, et ceci à des degrés tous différents suivant l'âge de la grossesse; 3° L'avortement, l'accouchement prématuré ou l'accouchement est-il évitable ou inévitable; 4° sera-t-il la conséquence de la lésion aiguë ou de l'intervention; 5° Si l'accouchement est déclaré inévitable, doit-on hâter la sortie du fœtus? à quel âge de la grossesse? par quel procédé? Par un Delmas? c'est-à-dire sous rachi-anesthésie faire une extraction fœtale; ou sous anesthésie générale faire une version après dilatation forcée du col? 6° ou bien, si l'accouchement est déclaré inévitable doit-on intervenir au plus tôt sans se soucier de la grossesse; 7° doit-on faire une césarienne au cours de la laparotomie pour abdomen aiguë?

En somme quelles sont les indications à suivre en général dans les abdomens aigus au cours de la grossesse, suivant l'âge du fœtus, suivant le degré de travail d'accouchement; quelles sont les chances de survie de la mère? de l'enfant?

DEUX POINTS

semblent avoir été réglés...

PREMIÈREMENT, que le lait évaporé non sucré est peut-être le lait le plus satisfaisant qui ait été trouvé pour la composition des formules d'alimentation infantile.

DEUXIÈMEMENT, que le Lait Carnation Irradié, grâce à sa qualité supérieure, à son uniformité contrôlée, à sa grande disponibilité et à sa richesse supplémentaire en vitamine D, est un des laits évaporés les plus satisfaisants.

Les Quintuplettes Dionne consomment du Lait Carnation depuis le mois de novembre 1934.

Ecrivez et demandez le livret intitulé : « Alimentation Simplifiée pour Bébés » qui est publié tout particulièrement pour les médecins.

Carnation Company Limited, 45 Star Bldg., Toronto, Ont.

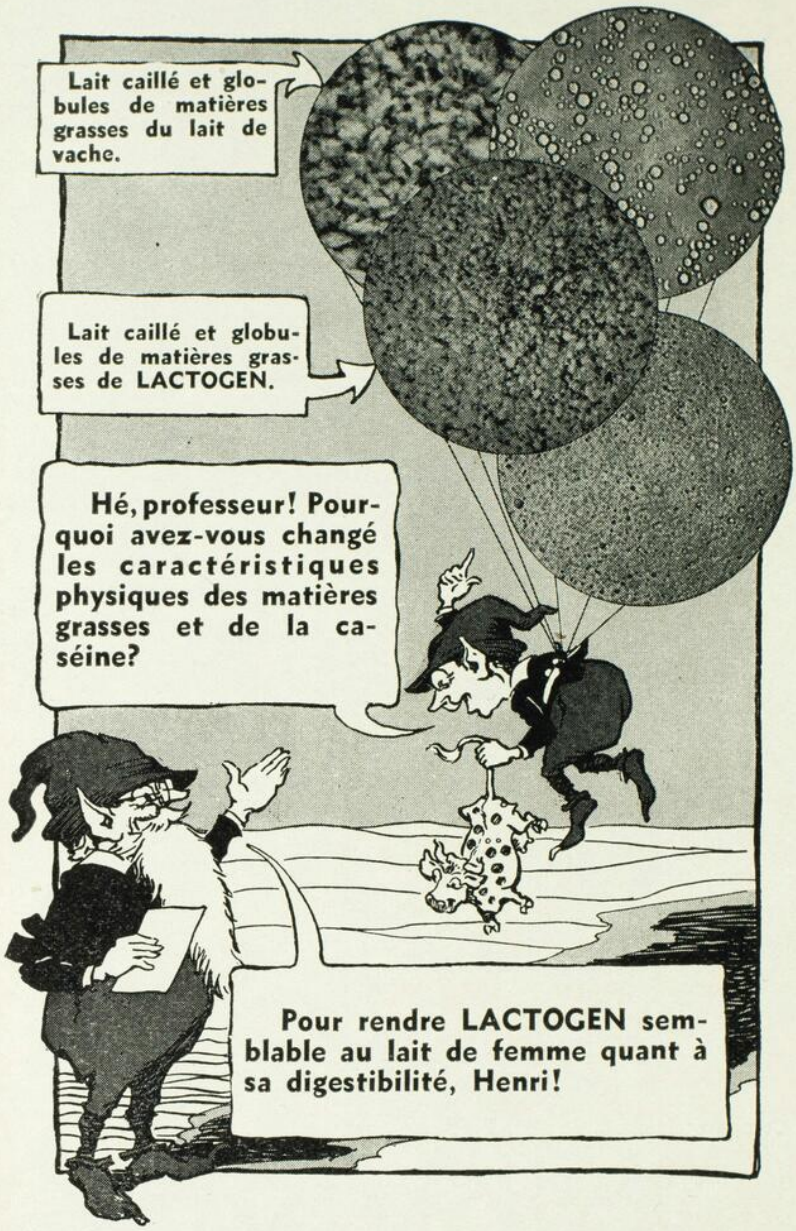
CARNATION MILK

IRRADIÉ

« PROVENANT DE VACHES BIEN NOURRIES »

UN PRODUIT CANADIEN

Prescrit dans l'Alimentation des Enfants en B
Age à Cause de sa Grande Digestibilité



Les caractéristiques phy
ques des matières grasses
de la caséine du lait de va
causent souvent des diffic
tés aux enfants dans la
gestion et l'assimilation.

En conséquence, LACTOG
est homogénéisé et dessé
Ces procédés changent
caractéristiques physiq
des matières grasses et d
caséine et les rendent p
faciles à digérer.

Le premier objectif dans l
laitement artificiel est
choisir une ration bien é
librée que l'enfant *métab*
aussi bien que le lait
femme.

LACTOGEN est facilem
digéré et assimilé grâce
traitement de sa proté
et à la dispersion de ses
tières grasses en petits
bules.

ACCEPTED
AMERICAN MEDICAL ASSN.
Council on Foods

Pour matière descriptive et échantillons, veuillez adresser votre formule professionnelle à:

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LT

TORONTO — METROPOLITAN BLDG — CANADA

Jerlow donne 49 péritonites diffuses sur 204 appendicites de la gestation Bérard et Vignard démontrent qu'il existe une gravité de 3 à 4 fois plus grande de l'appendicite au cours de la gestation, qu'hors de celle-ci. Séguy trouve sur un total de 55,000 cas de gestation, 1 appendicite par 2000 cas. Jerlow sur 30,000 opérations d'appendicite trouve 456 femmes enceintes. Le travail commencé, Mondor dira qu'il fallait commencer par vider l'utérus chez une femme près du terme.

Jusqu'au 7ème mois il semble indiscutable qu'il faille intervenir sans se préoccuper de la grossesse, l'enfant n'étant pas viable, l'utérus pas très encombrant et l'avortement post-opératoire moins fréquent. Si le travail est commencé dans les cas où la grossesse est près du terme il semblerait plus logique de libérer l'abdomen d'une masse qui nuirait à une bonne intervention intra-abdominale, ayant ainsi une meilleure proportion de survie et pour la mère et aussi pour l'enfant.

Le très bon résultat obtenu ici en diffère l'accouchement, le travail étant commencé et même l'accouchement considéré comme inévitable, chez une primipare, doit-il nous inciter à l'avenir de procéder pareillement? Il serait bien difficile de l'affirmer, il serait même permis d'en douter.

Cf. discussion de l'observation nº 6.

49e ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LUC

Tenue le 25 février au soir conjointement avec la séance de la Société Médicale de Montréal.

Président: M. A. MARIN.

I. Dr R. DEROME: a) **Un cas de fracture du scaphoïde.**

La fracture du scaphoïde est une des complications les plus fréquentes des traumatismes du carpe. Comme symptômes, il y a l'histoire de la chute sur la main en extension, la douleur et l'œdème à la base du pouce; le diagnostic précis se fait à la radio. Le traitement est l'immobilisation précoce et prolongée qui donne de meilleurs résultats que la résection.

Présentation d'un malade traité par l'immobilisation et qui n'aura pratiquement pas d'incapacité permanente.

b) **Un cas de luxation du semi-lunaire.**

Le mécanisme de cette luxation est une chute sur la main en extension. Comme traitement il faut d'abord essayer la réduction; si on ne réussit pas il faut extirper l'os.

Présentation d'un opéré qui a conservé tous ses mouvements.

En discussion, le Dr FAVREAU approuve dans les deux cas la conduite du Dr Dérome.

II. Dr R. BOUCHER: **Abcès pulmonaire par fistule oesophagienne.**

Le Dr Boucher rapporte trois cas de cancer de l'œsophage ayant déterminé des abcès pulmonaires. Dans le premier, début insidieux par douleur cervicale et haleine fétide. Puis, un an plus tard, amaigrissement de 40 lbs, toux, point de côté, etc. On pense à l'abcès du poumon et la radio est positive. Il existe également un néo de l'œsophage. A l'autopsie, fistule œsophagienne vers l'abcès.

Dans le 2e cas, le patient présente l'histoire classique d'un rétrécissement de l'œsophage dû à un cancer. Il existe un abcès pulmonaire mais pas de fistule visible à l'autopsie.

Dans le 3e cas, le malade se présente pour un abcès pulmonaire. B.K. et B.W. positifs. On trouve à la radio une déviation de l'œsophage et un cancer à l'autopsie.

En discussion, le Dr P.-R. ARCHAMBAULT rapporte un cas de fistule œsophagienne avec abcès pulmonaire due à l'absorption de soude caustique.

III. Dr L. BERNARD: **Cancer familial.**

Le Dr Bernard après avoir présenté l'histoire d'une première patiente qu'il a opérée et guérie pour un néo du sigmoïde, rapporte l'histoire du frère de cette patiente qui se présente à l'hôpital pour des douleurs à droite et un amaigrissement de 10 lbs. L'auteur pense au cancer qu'il trouve effectivement à l'opération sur le côlon transverse. Colectomie en un temps; le malade meurt d'embolie au bout de 12 jours.

Le Dr Bernard soulève la question de l'hérédité du cancer. Il a compté dans cette famille à partir de la grand'mère, du père et des enfants, six cas de cancer. Il parle également de la théorie microbienne du cancer et apporte le fait que le sarcome de la poule est transmissible par un filtrat de tumeur exempt de cellules.

En discussion, le Dr DUFRESNE apporte contre la théorie héréditaire l'expérience de Lumière. 4000 prélèvements de 10 billes dans une boîte contenant 1000 billes noires et 14,000 blanches. Souvent parmi les 10 billes il y en aura 4 noires ou 4 cas de cancer par famille, suivant les jeux du hasard.

Le Dr BOUCHER cite le cas d'un homme dont les 3 femmes sont mortes de cancer utérin.

IV. Dr C. LEFRANÇOIS: **Cancer du gros intestin, rectum excepté.**

Le Dr Lefrançois rapporte brièvement 3 cas de cancer du côlon qu'il a opérés par colectomie en un temps; un néo du cæcum, un néo du transverse et un cas rare de néo du sigmoïde qui s'est invaginé à travers l'anus. Sans pouvoir parler de guérison définitive avant 5 ans, les 3 patientes sont actuellement en bonne santé. Le rapporteur énumère les différents symptômes qui ont permis avec les radiographies de faire le diagnostic et insiste surtout sur l'importance du symptôme amaigrissement qui, dans certains cas, peut à lui seul commander la laparotomie exploratrice.

En discussion, le Dr O. DUFRESNE cite un cas de néo du sigmoïde s'étant, lui aussi, invaginé à travers l'anus.

V. Dr G. LAFRESNIERE: **Un cas de coma diabétique.**

Il s'agit d'une femme de 43 ans qui arrive à l'hôpital dans le coma. Glycémie 5.66 grammes. On lui donne de l'insuline à haute dose 1070 unités en 15 hrs. La patiente reprend connaissance et quitte plus tard l'hôpital avec une glycémie à 1.08. Malheureusement, on la perd de vue.

L'auteur insiste sur les hautes doses d'insuline dans le traitement du coma et recommande l'hospitalisation de cette catégorie de malades.

VI. Dr C.-T. MATHIEU: **Considérations sur la pression rétinienne.**

La pression de l'artère rétinienne est différente de la pression artérielle générale. Pour la mesurer, il faut équilibrer en pressant sur l'œil les deux tensions intra-oculaire et rétinienne: alors les pulsations de l'artère apparaissent. La pression MX est de 60 à 70, la Mn de 35 à 40. Des pulsations rétiniennes spontanées peuvent exister si la pression de l'artère rétinienne baisse ou si la tension intra-oculaire augmente, comme dans le glaucome. L'auteur rapporte un cas avec céphalée intense et pression rétinienne élevée, 130 sur 70. Ponction rachidienne sous-occipitale: guérison, du moins apparente, car peut-être verra-t-on apparaître plus tard une tumeur cérébrale.

En discussion, le Dr PANET-RAYMOND souligne dans ces cas les avantages de la ponction sous-occipitale sur la ponction lombaire.

VII. Dr Aimé DESFORGES: **Un cas d'agranulocytose à la suite d'injection de Novar.**

Après avoir rappelé les principaux symptômes de la maladie, prurit, erythème, purpura, anémie rouge et surtout blanche, le rapporteur présente le tableau des multiples numérations globulaires de son patient. Les globules blancs sont descendus jusqu'à 500 avec 20% de poly. Il a traité son malade par des transfusions et par plusieurs injections de « Pentnucléotides », et croit que la guérison a été ici obtenue par ce produit.

En discussion, M. O. DUFRESNE se demande si c'est le médicament qui a agi ici. M. Boucher est convaincu que c'est le médicament.

M. BOULAIS rapporte deux cas de mortalité en dépit du traitement par le « Pentnucléotides ».

M. CHARBONNEAU a de beaux résultats avec ce médicament dans les angines agranulocytaires.

VIII. Dr H. CHARBONNEAU: **Est-il opportun d'hospitaliser les rougeoleux?**

Le Dr Charbonneau croit malgré l'opinion encore courante, qu'il faut hospitaliser les rougeoleux. A la condition qu'ils soient bien isolés et qu'ils aient une alimentation riche en vitamines, le rapporteur prouve par des statistiques personnelles que les rougeoleux hospitalisés font moins de complications pulmonaires que ceux du dehors. S'ils en font, elles sont moins graves. A Pasteur, en 1936, il n'y eut aucune complication pulmonaire mortelle chez les rougeoleux de moins de 3 ans.

IX. Dr A. LABELLE: **Un cas d'hémorragie gastrique.**

Les hématémèses répétées du patient sont dues à un ulcère de la petite courbure. Le rapporteur le prépare par des transfusions et lui fait une gastrectomie qui assure sa guérison.

Et la séance est levée à 11.20.

Le secrétaire,
Charles LEFRANÇOIS.

NOUVELLES

M. HENRI LANCTOT

Nous apprenons avec regret la nouvelle du décès de M. Henri Lanctôt, un des chefs de la Maison Rougier Frères.

Sa haute compétence en pharmacologie, ses qualités indiscutables au point de vue sociologie et la direction sage et éclairée avec laquelle il a orienté son importante Maison de commerce en avaient fait un citoyen éminent de la métropole. Non seulement il s'intéressait aux choses commerciales, mais il était toujours prêt à seconder les efforts méritoires de tous ceux qui le sollicitaient en vue d'un but scientifique et humanitaire. Il respectait, ainsi, le désir du fondateur de sa Maison qui, nous le savons, a largement doté l'Université de Montréal: il s'agit de M. Rougier.

Nous avons toujours reçu un excellent accueil auprès des directeurs de cette Maison chaque fois que nous les avons sollicités dans un but simplement humanitaire ou scientifique. M. Lanctôt a continué cette belle tradition et nous sommes heureux, à cette heure, de lui en rendre hommage. La Faculté de Médecine entre autres est redevable à la Maison d'une bourse importante il y a quelques années en faveur de l'un des nôtres, aujourd'hui professeur.

C'est tout ce que nous pouvons dire dans une aussi courte note, et nous prions la famille de bien vouloir agréer l'expression de notre vive sympathie.

LA REDACTION.

Nous sommes au regret d'apprendre la mort subite du Docteur J.-H. Forgues, arrivée à Détroit, dernièrement.

Le Docteur Forgues jouissait de l'estime de tous ceux qui avaient appris à le connaître.

LE 1er CONGRES INTERNATIONAL DE L'UNION THERAPEUTIQUE

(Union Thérapeutique — 24, rue de Téhéran — Paris VIII°.)

Le 1er Congrès International de l'Union Thérapeutique BERNE, aura lieu du 19 au 22 mai 1937, sous le patronat du Gouvernement de la Confédération Suisse, et la présidence du Professeur BUERGI.

CONGRES DES DENTISTES DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD

L'Association des dentistes de Langue Française de l'Amérique du Nord tiendra son troisième congrès, les 27, 28, 29 mai prochain, à Montréal dans les salles de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Montréal.

Les détails du programme de ce congrès paraîtront plus tard.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (*Sirop d'Amdelate*) XII

Anglo-French Drug Cie, (*Elixir Gabail*) L

Antiphlogistine, (*Contre les furoncles, Anthrax et inflamations aiguës similaires*) XXII

Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*Emménine*) . . XX

Banque Canadienne Nationale, (*À votre disposition*) . . XLVI

Borden Company Limited, The, (*Lait Borden's St. Charles, Evaporé*) LVII

Boudot, L., (*Dia-Tosan*) LX

Bromo-Seltzer Ltd., (*Acetanilid*) XLIX

Canada Drug Company, (*Paveral*) LVIII

Cardinaux, Paul, (*Diathermie, Rayons X, Electrologie*) XI

Carling Breweries Limited, (*Invalid Stout*) LV

Carnation Company Limited, (*Lait Carnation Irradié*) LXVII

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Thyvacrine No* 10 *C & C*) XXXVI

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Neuvocrine No* 5 *C & C*) XXXVI

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Diacrine No* 6 *C & C*) XXXVI

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Stérilisateur "Castle"*) XLVIII

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Ray. X Westinghouse*) XLVIII

Ciba, Compagnie, Limitée, (*Le Resyl*) III

Ciba, Compagnie, Limitée, (*La Coramine*) III

Cloutier & Cloutier Cie Ltée, (*Modèle pour clinique*) . . X

Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, *Troisième page de la couverture.*

Denver Chemical Manufacturing Co., (*Antiphlogistine*) XXII

Duckett J. A., (*Dernière Création de la Prothèse*) LIV

Eddé, J., Limitée, (*Taxol*) VI

Eddé, J., Limitée, (*Elixir complexe de Pancrinol*) . . VI

Eddé, J., Limitée, (*Pipérazine Midy*) XIX

Eddé, J., Limitée, (*Hémostyl*) XXVII

Eddé, J., Limitée, (*Nucléarsitol Robin*) XXX
Eddé, J., Limitée, (*Phospho-Strychnal*) XXXIII
Eddé, J., Limitée, (*Ocréine Grémy*) XXXIII
Eddé, J., Limitée, (*Peptonate de Fer Robin*) XXXIII
Eddé, J., Limitée, (*Iodogénol Pépin*) XXXIV
Eddé, J., Limitée, (*Neurinase*) XLVI
Etablissements Byla, Les, (*Neurotrophol Byla*) IX
Etablissements Byla, Les, (*Splenarmone Byla*) IX
Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (*Sirop Fellows*) XXXV
Frosst, Charles E. & Co. (*Kondremul*) *Deuxième page intérieure de la couverture.*
Hirbour, Arthur, (*Biscamine*) LXII
Hirbour, Arthur, (*Elixir Polybromure*) LXII
Horner Limited, Frank W., (*Maltlevol*) LXII
"Ifah", Pharm. Products, (*Histidin-Ifah*) LI
Imperial Tobacco Co. of Canada, (*Sweet Caporal*) LIII
Importations Européennes Limitée, (*Cardiosédine*) XLV
Joubert, J. J., Limitée, (*Santéine*) LII
Knox Gelatine Laboratories, (*Le lait gélatiné tient la tête dans les épreuves de nourriture pour enfants*) LIX
Laboratoires A. Bailly, (*Pulmo-Bailly*) XVIII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (*Sympthyl*) XLVII
Laboratoire du Bismol, (*Agobyl*) *Quatrième page de la couverture.*
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Electrargol*) I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Solution de Salicylate de soude du docteur Clin*) I
Laboratoire du Sympathyl, (*Sympthyl*) XLVII
Laboratoires Licardy, (*Stovédrine*) IX
Laboratoires Lobica, (*Taxol*) VI
Laboratoire Nadeau Limitée, (*Sodiosal*) XXX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Septazine*) XIII
Laboratoires du Dr P. Astier, (*Riodine Astier*) XXV
Laboratoires Soudan de Paris, (*Dia-Tosan*) LX
Laboratoires Midy, (*Pipérazine Midy*) XIX
Librairie Beauchemin Limitée, (*Linguaphone*) XXVIII

La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Les Lithinés du Dr Gustin*) LII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Magnésie du Dr Gustin*) LII
Listers Limited, (*Listers*) LVIII
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd., (*Lactogen*) . . LXVIII
Mercier & Dion, (*Fourrures*) XXI
Millet, Roux & Cie, Ltée, (*Agocholine*) LXI
Parke, Davis & Cie, (*Le Mapharsen*) IV
Ranniger, W.-E., (*Histidin-Ifah*) LI
Rougier Frères, (*Hepathemo*) XVII
Rougier Frères, (*Pulmo-Bailly*) XVIII
Rougier Frères, (*Hémoglobine Deschiens*) XIX
Rougier Frères, (*Digitaline Nativelle*) XXI
Rougier Frères, (*Realphène*) XXIII
Rougier Frères, (*Spectrol*) XXIII
Rougier Frères, (*Sedlitz Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Sténol Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Rami*) XXVI
Rougier Frères, (*Elixir Ducro*) XXIX
Rougier Frères, (*Névrosthénine Freyssinge*) XXXV
Rougier Frères, (*Chloramine Freyssinge*) XXXV
Rougier Frères, (*Capsules Dartois*) XXXV
Rougier Frères, (*Uraseptine Rogier*) XLV
Rougier Frères, (*Sirop Famel*) LIV
Rougier Frères, (*Iodalose Galbrun*) LV
Rougier Frères, (*Prosthénase*) LV
Sanatorium de Blois XXIV
Sanatorium Prévost II
Schering (Canada), Ltd., (*Terminologie des hormones sexuelles féminines*) LXIII
Siemens-Reiniger (Canada) Limited, (*Le Spherix "Siemens"*) V
Squibb & Sons of Canada, Ltd, E.R., (*Nativol*) LXV
Vinant Ltée, (*Electrargol*) I
Vinant Ltée, (*Solution de Salicylate de Soude du Docteur Clin*) I

Vinant Ltée, (*Neurotrophol Byla*) IX
Vinant Ltée, (*Splenarmone Byla*) IX
Vinant Ltée, (*Stovédrine*) IX
Vinant Ltée, (*Sympthyl*) XLVII
Vinant Ltée, (*Lipiodol*) XLVII
Wander, A., Limited, (*Ovaltine*) XXIX
Warner, William R., Co. Ltd., (*Cal-bis-ma*) LXIV
Warner, R. William (*Anusol*) LXVI
Wyeth & Brother, Inc., John, (*Amphojel*) XIV

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

EXAMEN POUR LE DIPLOME DE « FELLOW » (membre actif)

1937

Les sujets de l'examen primaire sont:

1. **Anatomie, y compris l'histologie et l'embryologie.**
2. **La physiologie, y compris la biochimie.**

Les sujets de l'examen final sont:

(a) **Pour les candidats en médecine:**
   1. **Les principes et la pratique de la médecine, y compris la thérapeutique et la médecine préventive et légale.**
   2. **La pathologie, y compris la bactériologie.**

(b) **Pour les candidats en chirurgie:**
   1. **Les principes et la pratique chirurgicale, y compris la chirurgie opératoire et l'anatomie chirurgicale.**
   2. **La pathologie, y compris la bactériologie.**

Les candidats gradués en 1930, ou antérieurement, d'une Ecole de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas obligés de passer l'examen primaire, mais devront, dans l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de l'anatomie et de la physiologie.

Cet examen spécial se fera sous la direction de cliniciens, et les sujets seront les suivants:

(a) **Pour les candidats en médecine:**
   1. **L'anatomie et la physiologie en application clinique.**
   2. **Les sujets de l'examen final régulier** (Voir ci-dessus).

(b) **Pour les candidats en chirurgie:**
   1. **L'anatomie et la physiologie en application clinique.**
   2. **Les sujets de l'examen final régulier** (Voir ci-dessus).

CONTRIBUTIONS:	**Examen primaire**	**$ 25.00**
	Examen final	**50.00**
	Examen final spécial	**75.00**
	Admission comme sociétaire ou « Fellow » (membre actif)	**150.00**

Des cours de révision en anatomie et physiologie auront lieu durant tout le mois de septembre.

Les examens écrits auront lieu dans sept endroits différents du Canada, au choix du candidat.

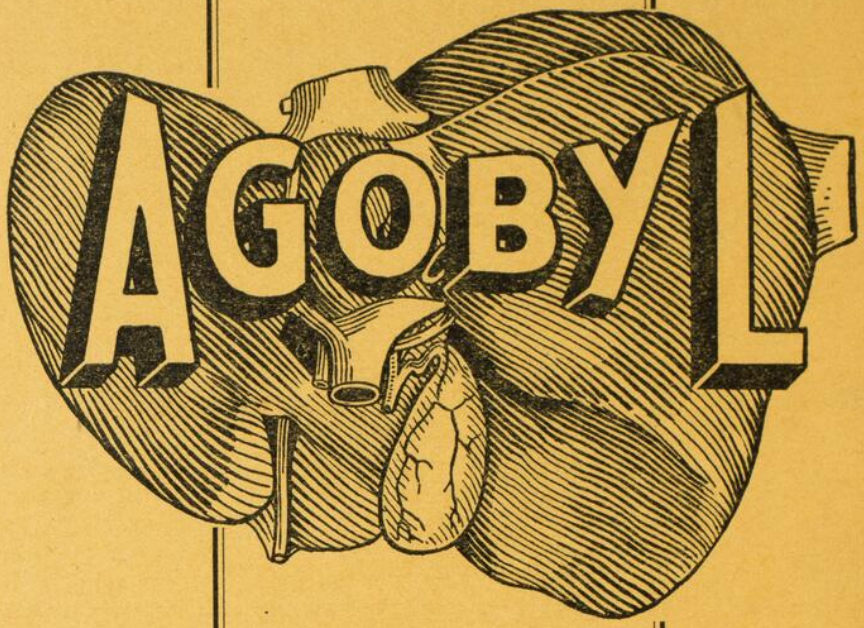
Les examens oraux et cliniques auront lieu à Montréal en octobre.

Pour renseignements s'adresser à

Des renseignements supplémentaires apparaîtront dans chaque numéro de ce journal.

Warren S. Lyman, M.D., Secrétaire Honoraire,
292, rue Somerset, Ottawa, Canada.

LE DRAINAGE MÉDICAL DES VOIES BILIAIRES
LE PLUS COMPLET ET LE PLUS EFFECTIF



Médication des troubles de la fonction antitoxique et troubles réflexes.

Tout spécialement indiqué dans la **CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES.**

•

Deux formes

Granulé soluble
boîtes de 125 grms

Elixir Aromatisé
Flacons de 180 c.c.
" de 360 "

LE LABORATOIRE DU BISMOL

Société de Pharmaciens chimistes licenciés, spécialisés dans la fabrication de produits thérapeutiques

945 rue Côté	Montréal, P. Q.
99 Harbour	Kingston, Jamaïque
153 Waverly Place	New-York, E.-U.

"L'UNION MEDICALE DU CANADA" est éditée par l'Union Médicale du Canada (Incorporée), et imprimée par Librairie Beauchemin Limitée, 430, rue Saint-Gabriel, Montréal.